

【記載事項変更届の記載について】

様式第5号（第4条関係）

自立支援医療（精神通院医療）受給者証等記載事項変更届									
世帯主 氏名	フリガナ				生年月日				
	氏名				大正 昭和 平成 令和				
	住所				電子メール				
電話番号					個人番号				
保護者（受給者が18歳未満の場合記入）	フリガナ				受給者との関係				
	氏名								
	住所 ※1				電子メール				
電話番号 ※1					個人番号				
自立支援医療受給者番号									
受給者証の有効期限 年 月 日 から 年 月 日 まで									
変更内容	事項	変更前				変更後			
	受診者に関する事項 （氏名・住所・電話番号・電子メール）								
	保護者に関する事項 （氏名・住所・電話番号・電子メール）								
	被保険者証に関する事項 （記号及び番号・保険者名・受診者と同一の記入者）								
備考									
私は、自立支援医療受給者証及び自立支援医療費支給認定申請書に記載された事項の変更について、上記のとおり届け出ます。									
届出者氏名									
年 月 日 兵庫県 県 市 区 町 村									

被保険者証の変更受付時には、「世帯」と所得区分に変更がないかご確認ください。（P42 参照）
所得区分に変更がある場合は、P32の書類が追加が必要です。

変更後の内容で記載してください。

変更箇所のみ記載してください。

生活保護の方で社保併用となった場合は、記載事項変更届を提出し、備考欄に「社保併用」と記載してください。
区分の変更はありません。

届出者は申請者本人です。

氏名はゴム印、ワープロ記名可（押印なし可）

- （注）1 自己負担上乗額（所得区分及び高額医療費超過額・非該当）及び指定自立支援医療機関の変更については、支給認定の変更を行うため、自立支援医療費支給認定申請書（変更）に記載すること。
2 ※1の欄は受診者本人と異なる場合に記入すること。
3 ※2の欄は、記入しないこと。

受給者証番号 ※2		受給年月日	年 月 日
精神保健福祉センター ※2			年 月 日