

様式第5号(第6条関係)

精神障害者医療費受給資格変更届

交 付 番 号			
障 害 者 氏 名		生年月日	年 月 日

		変更後	変更前	事由
障 害 者 住 所				<input type="checkbox"/> 氏名の変更 <input type="checkbox"/> 住所の変更 <input type="checkbox"/> 加入医療保険の資格情報の変更 <input type="checkbox"/> 付加給付の内容の変更
受 給 者	氏 名			
	年 年 月 日			
	住 所			
		障害者との続柄		
加 入 医 療 保 険	保 険 種 別			<input type="checkbox"/> 受給者の変更 <input type="checkbox"/> 振込先金融機関の変更 <input type="checkbox"/> その他 ()
	被 保 険 者 名			
	記 号 番 号			
	保 険 者 名			
	付 加 給 付			
振 込 先 口 座	金 融 機 関 名			事由発生年月日 年 月 日
	支 店 名			
	口 座 種 別			
	口 座 番 号			
	口 座 名 義			

- 注1 変更前の受給資格証を添えてください。
 2 付加給付の内容を証明する書類（付加給付に変更がある場合）
 3 通帳の写し等の振込先口座が確認できる書類（振込先口座に変更がある場合）

上記のとおり変更しましたので届け出ます。

年 月 日

届出者 住 所
 氏 名
 (受給者との続柄)
 電話番号

(あて先) 胎内市長