

記入例

(関係)

障害者医療費受給資格等変更届

R 年 月 日

医療費受給者証（オレンジ色・はがきサイズ）に印字されている受給者の氏名等を記入

給者

住所 長久手市
氏名
電話

下記のとおり医療費の受給資格等に変更がありました。

受給者番号			
区	分	新	変更年月日
受給者	住所	愛知県長久手市	
	医療費受給者証（オレンジ色・はがきサイズ）に印字されている533又は933から始まる受給番号を記入		
保険加入状況	記号番号		
	附加給付等		

受給者の加入している健康保険が変更となった場合は、
受給者の健康保険証のコピーも提出してください。

受付		受付内容 確認		入力確認	
----	--	------------	--	------	--

受給者証返却依頼済み（R . . 受領）