

# 記入例

(関係)

医療費（自立支援医療（精神通院））受給資格等変更届

R 年 月 日

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

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	933		
区分	新	変更年月日	
受給者	愛知県長久手市		
保険加入状況	医療費受給者証（ピンク色・はがきサイズ）に印字されている933から始まる受給者番号を記入		
	保険者番号		
	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）