

障害者医療費（自立支援医療（精神通院））受給資格等変更届

R 年 月 日

長久手市長 殿

住所 長久手市

受給者 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	住所	愛知県長久手市	
	氏名		
保険加入状況	保険者名		
	保険者番号		
	記号番号		
	附加給付等		

【申請者と保険の加入者が違う場合】

保険の被保険者氏名・続柄

生年月日 年 月 日

住所

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）