

# 記入例

医療費（自立支援医療（精神通院））受給資格等変更届

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

R 年 月 日

住所 長久手市

氏名

電話

変更する項目の変更後の  
内容のみ記入してください

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	保険者名	
	保険者番号	
	記号番号	
状況	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医療保険が確認できる書類※のコピーも添付してください

※資格情報のお知らせ、資格確認書、など  
(マイナンバーカードとマイナポータルの医療保険資格情報画面の提示でも可)

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)