

令和 年 月 日

心身障害者医療費助成変更届

記載例

係 員

（宛先） 榎原市長

下記のとおり届出します

受給者本人の住所・氏名  
（受給者が未成年の場合は扶養義務者）

届出者

住所	榎原市
氏名	

受給者番号		生年月日		昭和・平成 令和 年 月 日生		性別	男・女	制度	1 県単 2 市単		
変更前	フリガナ	※宛名コード		変更後	フリガナ	※宛名コード					
	受給者名				受給者						
	住 所	榎原市			住 所	榎原市					
医療種別コード		変更・喪失理由 （異動事由）	<input type="checkbox"/> 死 亡 <input type="checkbox"/> 転 出 <input type="checkbox"/> 保 険 喪 失 <input type="checkbox"/> 生活保護の開始 <input type="checkbox"/> そ の 他 <input type="checkbox"/> 氏 名 変 更 <input type="checkbox"/> 住 所 変 更 <input type="checkbox"/> 保 険 変 更    平成 年 月 日 （ 変 更 ・ 喪 失 年 月 日 令和 年 月 日 ）								
8 1											
変更後の加入医療保険	被 保 険 者 氏 名		フリガナ	※宛名コード	続柄	住 所					
						榎原市					
	記 号 ・ 番 号										
	保 険 者 番 号										
変更後の手帳		県・府 第 号		種 級 A・B		変更日		平成・令和 年 月 日			
		変 更 後 障 害 種 別		<input type="checkbox"/> 視 覚 <input type="checkbox"/> 聴 覚 <input type="checkbox"/> 平 衡 <input type="checkbox"/> 言 語 <input type="checkbox"/> 上 肢 <input type="checkbox"/> 下 肢 <input type="checkbox"/> 体 幹 <input type="checkbox"/> 心 臓 <input type="checkbox"/> 腎 臓 <input type="checkbox"/> 呼 吸 <input type="checkbox"/> 膀 胱 <input type="checkbox"/> 直 腸 <input type="checkbox"/> 小 腸 <input type="checkbox"/> 免 疫 <input type="checkbox"/> 移 動 <input type="checkbox"/> 肝 臓							
備 考											

受給者本人の情報を記入してください

新しい保険証のコピーと一緒に  
提出してください

※印の欄は記入しないでください。