様式第５（第９条関係)

|  |
| --- |
| **障害者医療費受給資格等変更届**令和　　　年　　　月　　　日犬　山　市　長　　　　住　　所届出者　氏　　名　　　　電話番号（　　　　 －　　　　 －　　　　）下記のとおり関係書類を添えて届け出ます。 |
| 受給者番号 | **５** | **１** | **６** |  |  |  |  |
| 受給者 | 氏名 |  | 生年月日 | 昭・平・令 |  年　　月　　日 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　該当する事項にチェックを入れ、該当する項目に記入してください。 |
| 事項 | □　氏　　名　　　　　　　　□　住　所　　　　　　　　□　認定区分（手帳等級変更等）□　加入医療保険等　　　　　□　その他（　　　　　　　　　　：　　年　　　月　　　日） |
| 記載欄（変更箇所のみご記入ください。） | 事由発生年月日 |
| 変　　　　　更　　　　　項　　　　　目 | 受給者 | 氏名 |  | 年　　月　　日 |
| 住所 |  | 年　　月　　日 |
| 認定区分 |  | 年　　月　　日 |
| 加入医療保険等 | 被保険者名及び受給者からの続柄 | 続柄（　　　　　） | 年　　月　　日 |
| 被保険者・組合員又は世帯主の住所 |  |
| 被保険者証又は組合員証の記号番号 | 記号 |  | 番号 |  |
| 保険者名 | 国民健康保険国民健康保険組合全国健康保険協会健康保険組合共済組合（　　　　　　） | 支部 |
| 保険者番号 |  | 附加給付 |  |
| 事業所の所在地 |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 備考 |  | 受付印 |
|  |
|  | 受付 | 確認 | システム | 証交付 |
|  |  |  | 窓口　　　年　　月　　日郵送　　　年　　月　　日 |