自立支援医療受給者証（育成医療）等記載事項変更届

令和 年 月 日			
(あて先) 横須賀市長 届出者 氏名			
自立支援医療受給者証及び自立支援医療支給認定申請書に記載された事項の変更について、以下のとおり届出ます。			
受診者	フリガナ	性別	生年月日
	氏名	男・女	平成・令和 年 月 日
	個人番号		(歳)
	住所	〒	
	受給者番号		
保護者(届出者)	有効期間	年 月 日から 年 月 日まで	
	フリガナ	続柄	電話番号
	氏名		自宅
	個人番号		父・母・()の携帯
	住所	〒 ※受診者と同じ場合は記載不要	
変更内容	事項	変更前	変更後
	受診者に関する事項 (氏名・住所・電話番号)		
	保護者に関する事項 (氏名・住所・電話番号)		
	加入医療保険に関する事項 (記号及び番号・保険者名・受診者と同一の加入者)		
変更年月日	年 月 日		
備考	窓口に来た人と申請者が異なる場合は、以下も記入してください。		本人確認 ☐ 済 ☐ 未済
	代理人氏名 (窓口に来た人)		收受印
	住所	申請者と異なる場合に記入	

※自己負担上限額及び指定自立支援医療機関の変更については、支給認定の変更を行うため、自立支援医療支給認定申請書(変更)に記載すること。

自己負担上限月額の変更…所得区分の変更、重度かつ継続の該当・非該当、医療保険上の「世帯」の変更を伴う保険の変更(社保⇄国保、被保険者が父から母へ変更など)