様式第6号(第7条関係)

精神障がい者医療費受給資格内容等変更届

　　年　　月　　日

　(宛先)三条市長

申請者(受給者)　住所

氏名

電話番号

　次のとおり変更が生じたので受給者証を添えて届出します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者証番号 | | | | 第　　　　　　　　　　　　号 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更前 | 受療者 | | 氏名 |  | | | | | 生年月日 | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受給者 | | 氏名 |  | | | | | 生年月日 | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更後 | 変更事由 | | | 市内転居・保険変更・口座変更・市外転出・死亡・保険喪失  　その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)変更  〔事由発生年月日　　　　　年　　月　　日〕 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所(受療者) | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (世帯主等)  受給者 | ふりがな | |  | | | | | | 生年月日 | | | | | 年　　月　　日 | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | |
| 住所 | |  | | | | | | 電話番号 | | | | |  | | | | | |
| 個人番号 |  | |  |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 職業 | |  | | | | | | 受療者との続柄 | | | | |  | | | | | |
| 加入保険 | 被保険者氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 記号・番号 | | 記号　　　　　　　　・　番号 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者名・番号 | | 名称　　　　　　　　　　　・　番号 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 振込先 | 金融機関 | | 銀行・信金・信組・農協　　　　　　　　支店 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座種別 | | 普通・当座 | | 口座番号 | | | | |  | | | | | | | | | |
| 口座名義 | | 受給者本人 | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受療者の属する世帯の世帯主等（受給者）と同一の世帯全員 | 氏名 | 個人番号 | | | | | | | | | | | | |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |