第12号様式（第11条関係）

市町受付欄

自立支援医療受給者証（精神通院医療）等記載事項変更届

受診者	ﾌﾘｶﾞﾅ		生　年　月　日	
	氏　　名		明治 大正 昭和 平成 令和　　年　　月　　日	
	ﾌﾘｶﾞﾅ			
	住　　所			
	個人番号			
保護者（受診者が18歳未満の場合記入）	ﾌﾘｶﾞﾅ		続柄	
	氏　　名			
	ﾌﾘｶﾞﾅ			
	住　　所			
	保護者個人番号			
自立支援医療費受給者番号				
受給者証の有効期間		年　　月　　日　から　　年　　月　　日　まで		

	事　　項	変　更　前	変　更　後	変更年月日
変更内容	受診者に関する事項（氏名・住所・電話番号）			年　月　日
	保護者に関する事項（氏名・住所・電話番号）			年　月　日
	被保険者証に関する事項（記号及び番号・保険者名・受診者と同一保険の加入者）※2、※3			年　月　日
備　　考				

私は、自立支援医療受給者証及び自立支援支給認定申請書に記載された事項の変更について、上記のとおり届け出ます。

届出者住所　〒　　届出者電話番号

届出者氏名

年　　月　　日

三重県知事　宛て

備考

1　自己負担上限額（所得区分及び重度かつ継続該当・非該当）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）に記載してください。

2　被保険者証に関する事項の変更を行う場合は、保険証の写しを添付してください。

3　受診者と同一保険に加入する方全員の氏名、続柄及び個人番号を別紙に記入してください。

（規格Ａ４）

別紙

受診者と同一保険の加入者の方全員の氏名、続柄、個人番号を記入してください。

氏　　名												
続　　柄												
個　人　番　号												
氏　　名												
続　　柄												
個　人　番　号												
氏　　名												
続　　柄												
個　人　番　号												
氏　　名												
続　　柄												
個　人　番　号												
氏　　名												
続　　柄												
個　人　番　号												
氏　　名												
続　　柄												
個　人　番　号												
氏　　名												
続　　柄												
個　人　番　号												
氏　　名												
続　　柄												
個　人　番　号												
氏　　名												
続　　柄												
個　人　番　号												