

重度心身障害者

医療費受給者住所等変更届

ひとり親家庭等

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(宛先)旭川市長

記入例
(住所・氏名・保険変更)

住所 旭川市 6条通9丁目46番地
(変更届提出時点の現住所)

届出者 氏名 旭川 花子
(受給者(親)本人)

受給者との続柄 本人, 母

電話 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇
(日中繋がりやすい番号)

住所等に変更があったので、次のとおり届け出ます。

受給者番号 (お手元の受給者証参照)	〇〇〇〇〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇〇〇	受給者氏名 (変更のある方)	旭川 花子, 雪子
新住所	受給者	旭川市 6条通9丁目46番地	変更 RO年〇〇月〇〇日
	生計維持者		変更 年 月 日
新氏名	受給者	旭川 雪子	変更 RO年〇〇月〇〇日
	生計維持者		変更 年 月 日
新医療保険	被保険者名	旭川 花子	受給者との続柄 本人, 母 変更 RO年〇〇月〇〇日
	保険種別	政 組・船・国・国組・共	記号 〇〇〇〇〇〇〇〇
	保険者名	全国健康保険協会 〇〇支部	番号 〇〇

変更のある内容について記入してください。

主たる生計維持者が変更になった場合

住所	変更 年 月 日
氏名	
電話	

記入にあたって

- * 変更がある項目のみ記入してください。
- * 生計維持者の変更を郵送で行う際は、必ず事前にお電話ください。
- * 健康保険証の変更手続きの際は、変更となった保険証のコピーを必ず添付してください。
- * 届出内容について担当から確認の御連絡をすることや追加書類の提出を依頼することがあります。