

記入例

障害者医療費受給資格内容等変更届出書

受給者	受給者証番号	受給者の受給者番号、氏名、住所を記入		
	住所			
障害者	氏名		生年月日	年 月 日
	住所			
変更事項	変更事由	住所の変更		
	区分	新		
	氏名			
	住所	南三陸町志津川字沼田●●	南三陸町戸倉字寺浜●●	
加入保険	記号番号		新旧の住所を記載	
	保険者名			
	摘要			
備考				

上記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。

令和●年●●月●●日

申請日を記入

様

住所
受給者
氏名

受給者の現在の住所・氏名を記入