

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			
		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