

医 療 費 受 給 者 変 更 届

年 月 日

（宛先）美唄市長

住所

届出人 氏名

受給者との続柄

下記のとおり届出します。

電話番号

記

対象種別		1 重度心身障がい者 2 ひとり親家庭等 3 子ども				受給者番号				
受給者名						住所				
届 出 内 容	変更後	住 所						変更年月日		
		氏 名						年 月 日		
	加入 保険等	変更後	保 険 者 等			記 号 番 号			変更（取得） 年 月 日	
		変更前							新証交付 年 月 日	
		変更後	被保険者の氏名						変更年月日	
			個 人 番 号						年 月 日	
	変更前	被保険者の氏名						年 月 日		
	保 護 者	変更後	氏 名						変更年月日	
			住 所							
個 人 番 号										
変更前		氏 名						年 月 日		
	住 所									
程 度	変更後	身体障害者手帳 級 第 号						変更年月日		
	変更前	身体障害者手帳 級 第 号						年 月 日		

（注）※欄は記入しないでください。

※審 査 処 理	受給者証 年 月 日 交付・差替え・その他（ ）						処理 年 月 日	
※決 裁								