記入例

様式第6号

自立支援医療受給者証等記載事項変更届（ 育成医療 ）

受診者	フリガナ	ウツノミヤ　サツキ	生　年　月　日
	氏　　名	宇都宮　皐月	平成・令和　　〇〇年　　〇月　　〇日
	フリガナ	ウツノミヤシアサヒ	
	住　　所	〒320−8540 宇都宮市旭１−１−５	
保護者	フリガナ	ウツノミヤ　タロウ	続　柄
	氏　　名	宇都宮　太郎	父
	フリガナ		
	住　　所	※受診者と同じ場合は記入不要	
自立支援医療費受給者番号		１０９９９９９	
受給者証の有効期間		令和　〇〇年　〇月　〇〇日　から　令和　〇〇年　〇月　〇〇日　まで	

現在お持ちの受給者証の受給者番号と有効期間を記入願います。

変更内容	事　項	変　更　前	変　更　後
	受診者に関する事項（氏名・住所・電話番号）	住所　宇都宮市旭１−１−５ 電話番号　６３２−２２２２	住所　宇都宮市竹林町９７２ 電話番号　６２６−１１２６
	保護者に関する事項（氏名・住所・電話番号）	同　上	同　上
	加入の健康保険に関する事項（記号及び番号・保険者名・受診者と同一の加入者）	保険者番号　０９０１ 保険者名　宇都宮市 記号番号　００１−９９９９９	保険者番号　０９００１９ 保険者名　栃木社会保険事務局 記号番号　宮けん−１２３４
備　考		令和〇〇年５月１５日転居により住所変更	令和〇〇年５月１５日加入健康保険変更

医療保険の資格情報（マイナポータルからダウンロード）・資格情報のお知らせ・資格確認書の写しのいずれかを添付してください。

私は、自立支援医療支給認定申請書及び自立支援医療受給者証に記載された事項の変[illegible]いて、上記のとおり届け出ます。

変更年月日と，変更内容を記入願います。

届出者氏名　　**宇都宮　太郎**

令和　〇〇年　　〇月　　〇日

（あて先）　　宇都宮市長

※　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）に記載すること。

〒320−8540 宇都宮市旭1−1−5
宇都宮市 子ども部 子ども支援課
℡632−2296