記入例

（重度障害者医療費助成用）

資 格 変 更 届

お持ちの医療証に記載されている受給者番号を記入してください。

医療証	負担者番号	8 0 1 4 0 1 0 6	
	医療証番号	6 1 0 0 0 0 0	
変更内容			
対象者	フリガナ	サガミ　ハナコ	
	氏 名	相模　花子	
	住 所	相模原市中央区中央2-11-15	
健康保険	被保険者証記号・番号	10 12345678	
	被保険者又は組合員	氏名	相模　太郎
		住所	横浜市XX区●●2-11-15
	被保険者証発行機関名	名称	全国健康保険協会　神奈川支部
		者番号	01140011
資格変更の理由	1, 氏名　　4, その他(　　) 2, 住所 (3,) 保険種別		
資格変更年月日	令和 ○ 年　○ 月 ○ 日		

変更後の内容を記入してください。

・氏名変更時
→変更後の氏名と住所を記入

・住所変更時
→氏名と変更後の住所を記入

・保険変更時
→氏名、住所と変更後の健康保険情報を記入

該当する変更事由を○で囲んでください。

資格が変更となった年月日を記入してください。

上記のとおり変更しましたのでお届けします。

受給者本人の住所・氏名を記入してください。
※受給者本人が未成年の場合は保護者名を記入してください。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

申請書を提出する年月日を記入してください。

届出人　住所

相模原市長　あて　　氏名

ここから下は職員記入欄のため、記入せずにご提出ください。

*処理事項	医療証交付	年　月　日　・郵送						
	備　考		電算処理欄					

・ *印の欄は記入しないで下さい。
・ 字はかい書で、はっきり書いてください。

高齢・障害者支援課　障害支援班(電話042－769－8355)