

## 様式第24号(第18条関係)

| 自立支援医療(更生医療)受給者証等記載事項変更届                                                                                                 |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 受診者                                                                                                                      | フリガナ                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 生年月日  |
|                                                                                                                          | 氏名                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 年 月 日 |
|                                                                                                                          | 個人番号                      | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 10px;"> </div> <div style="width: 10px;"> </div> <div style="width: 10px;"> </div> <div style="width: 10px;"> </div> <div style="width: 10px;"> </div> <div style="width: 10px;"> </div> <div style="width: 10px;"> </div> <div style="width: 10px;"> </div> <div style="width: 10px;"> </div> <div style="width: 10px;"> </div> <div style="width: 10px;"> </div> <div style="width: 10px;"> </div> <div style="width: 10px;"> </div> </div> |       |
|                                                                                                                          | 住所                        | 檀原市<br><br>電話番号 (        )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |       |
| 変更内容                                                                                                                     | 事項                        | 変更前                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 変更後   |
|                                                                                                                          | フリガナ                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 上記と同じ |
|                                                                                                                          | 氏名                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |
|                                                                                                                          | 住所                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 上記と同じ |
|                                                                                                                          | 電話番号                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |
|                                                                                                                          | 被保険者資格情報                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |
|                                                                                                                          | ・記号<br>・番号<br>・保険者名       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |
|                                                                                                                          | 特定疾病療養受領証<br>※人工透析を受けている方 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |
|                                                                                                                          | 医療機関(薬局)                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |
|                                                                                                                          | ・名称<br>・所在地<br>・電話番号      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |
|                                                                                                                          | その他                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |
| 希望始期                                                                                                                     | 年      月      日           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |
| (宛先) 檀原市福祉事務所長<br><br>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更について、上記のとおり届け出ます。<br><br>年      月      日<br><br>届出者氏名 _____ |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |

※自己負担上限額(所得区分)及び指定自立支援医療機関(薬局以外)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(更生医療)支給認定申請書に記載すること。