様式第４号（第１１条関係）

　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　精神障害者医療費助成変更届

（宛先）橿原市長

　　　　　　下記のとおり届出します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

届出者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 |  | 生年月日 | 　　　　年　　 月　　 日生 | 性別 | 男・女 | 制度 | １ 県単　２ 市単 |
| 変更前 | フリガナ |  | ※宛名コード | 変更後 | フリガナ |  | 番号 |  |
| 受給者名 |  |  | 受給者名 |  |
| 住　　所 |  | 住　　所 |  |
| 医療種別コード | 変更・喪失理由( 異動事由 ) | 　□ 死　 亡　　　□ 転 　出　　　□ 保 険 喪 失　　　□ 生活保護の開始　　　□ そ の 他　　　□ 氏 名 変 更　　　□ 住 所 変 更　　　□ 保 険 変 更　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ 変 更 ・ 喪 失 年 月 日　　　　　　　年　　 月　　 日） |
|  |
| 変更後の加入医療保険 | 被 保 険 者 氏 名 | フリガナ | ※宛名コード | 続 柄 | 住　　　　　　　　　　　　　所 |
|  |  |  |  |  |
| 記 号　・　番 号 | 保　　　　　　険　　　　　　種　　　　　　別 |
|  |  01 協　会　　02 日　雇　　03 組　合　　04 船　員　　05 共　済　　06 国　保　　07 医師歯科 08 中央建設　　09 全国建設　　10 全国板金業　　11 全国土木　　12 そ の 他 |
| 保 険 者 番 号 | 保 　険 　者　 名 | 所　　　　在　　　　地 |
|  |  |  |
| 備　　　　考 |  |

※は記入する必要はありません。