

記入例 保険変更（上限額変更なし）

自立支援医療受給者証

受 診 者	フリガナ	シメ タロウ	生年月日
	氏名	志免 太郎	大正・昭和 平成・令和 50年5月1日
	フリガナ	シメマチ シメチュウオウ	
	住所	(〒811-1234) 志免町志免中央1丁目1番1号	
	個人番号	123456789012	
保護者 (受診者が18歳未満の場合記入)	フリガナ		続柄
	氏名		
	フリガナ		
	住所	(〒 -)	
	保護者の個人番号		
	自立支援医療費受給者番号	2012345	
	受給者証の有効期間	令和 2年 8月 1日 から 令和 3年 7月 31日 まで	
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)		
	保護者に関する事項 (氏名・住所・電話番号)		
	被保険者証に関する事項 (記号及び番号・保険者名・受診者と同一の加入者)	12345678 01 志免町 志免 花子	56789012 345 全国健康保険協会 福岡支部 志免 一郎
	身体障害者手帳・精神 障害者保健福祉手帳番号		
	備考		

私は、自立支援医療受給者証及び自立支援医療支給認定申請書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。

届出者氏名 志免 太郎（直筆）

令和 3年 6月 1日

福岡県知事 殿

※ 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。