

第6号様式（第9条関係）

精神障害者医療費受給資格証内容変更届

年　月　日

香芝市長

住　所

氏　名

次のとおり変更しましたので、届け出ます。

受給資格証 受給者番号								
受給者	新 氏 名							
	旧 氏 名							
	個人番号							
	新 住 所							
	旧 住 所							
変更後の 加入医療 保 險	被保険者 氏 名					受給者との続柄		
	個人番号							
	住 所							
	保険種別				本人家族	記号番号		
	保険者番号 及び名称				保険者 の 所 在 地			
変 更 の 年 月 日			年 月 日					
被保険者資格喪失年月日			年 月 日					

備考　この届出の際に、受給資格証を提出してください。