

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 険	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	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											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。