

変更届 記入例

赤枠で囲われている部分をご記入ください。

様式第8号

受給者証(オレンジ色)を確認し
ご記入ください。

個人コード		ケース番号	C	受給者番号	
重度心身障害者医療費受給資格内容等変更・喪失届出書 (あて先)川口市長 (申請者) 住 所 氏 名 電話番号 ()					
次のとおり、川口市重度心身障害者医療費の助成に関する条例第9条第1項の規定に 基づき届け出ます。					
受給者	フリガナ		住 所	川口市	
	氏 名		生年月日	年 月 日	申請者との続柄
登録者	(転入の場合、記入してください)				
	身体障害者	身障手帳番号		程度	1級・2級・3級
	知的障害者	療育手帳番号		程度	Ⓐ・A・B
	精神障害者	精神手帳番号		程度	1級
保護者	後期高齢者医療障害認定者		程度	施行令別表 号該当	
	氏 名		受給資格 登録者との 続柄		
	住 所		電話番号		
加入医療保険	生年月日		職 業		
	被保険者 氏 名				
	保険種別	協 共 ・ 組 国 ・ 船 後	保 險 者 番 号		
	名 称		記 号 番 号 (被保険者番号)		
付加給付	有 ・ 無	支給基準			
事由発生年月日		年 月 日	申請事由		

記入日をご記入ください。

申請者の情報をご記入ください。

受給者本人の情報をご記入ください。

【保険変更の場合】
新しく加入した保険の適用開始日をご記入ください。
※保険証等に記載があります。

【保険変更の場合】
保険変更をご記入ください。