様式第４号(第６条関係)　　　　　　　　　　（表）

|  |
| --- |
| 重度心身障がい者医療費受給者証変更届書 |
| 受給者 | 受給者番号 | 　 |
| 氏名 | 　 | 生年月日 | 　 |
| 住所 | 　 |
| 変更事由 | 　　　□ 氏　　名　　　　□ 住　　所　　　　□ 加入保険 |
| 変更年月日 | 　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 変更事項 | 変更内容 | 新 | 旧 |
| 氏名 | 　 |  |
| 住所 | 　 | 　 |
| 加入保険 | 記号番号 | 　 |  |
| 保険者名 | 　 |  |
| 被保険者名 | 　 |  |
| 附加給付の有無 | 有　・　無 | 有　・　無 |
| 備考 |  |  |
| 　上記のとおり変更したので、受給者証を添えて届け出ます。　　　　　　　　年　　　月　　　日　会津美里町長　住所　　　　　　　　　　　届出人　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　 　　　　　　　　　　 |