

# 重度心身障害者 医療費受給資格 変更届

<受給者> (変更対象となる方)

フリガナ			生年月日	年 月 日		
氏名			個人番号			
住所 (建物名等)			市処理欄	宛名番号 受給者番号		

<変更する事項> (変更があった項目の□にレをつけ、変更内容を記入してください。)

□ 住所	(変更前)	市 処 理 欄	年 月 日
	(変更後)		
□ 氏名	(変更前)		年 月 日
	(変更後)		
□ 保険者	※ 受給者の健康保険証等を提示してください		年 月 日
□ 生計維持者	(変更前)	( 年 月 日生)	年 月 日
	(変更後)	( 年 月 日生)	

<届出者> (受給者本人 または 保護者)

北見市長 様 (届出日) 年 月 日	
上記のとおり、申請内容に変更がありましたので届出します。	
フリガナ	生年月日 年 月 日
署名 氏名	個人番号
	電話番号
住所 (建物名等)	続柄 受給者から見て

北見市使用欄

本人確認	添付書類	備考		
①番・免・パ・手帳 他( ) ②証・年金・児童・バス 社員・学生 他( ) ③ヒア 代理権確認 受給者証・保険証・障害者手帳 委任状・他( ) 郵送	<input type="checkbox"/> 受給者の保険証等の写し <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> その他( )	第4類		
	<input type="checkbox"/> 発行 <input type="checkbox"/> 訂正 <input type="checkbox"/> 無			

