

特 別 医 療 費 に 関 す る 資 格 内 容 変 更 届				
大 山 町 長 様				
変 更 理 由	1 転 居 ・ 2 転 出 ・ 3 氏 変 更 ・ 4 保 険 変 更 ・ 5 死 亡 ・ 6 他 公 費 (⇒) ・ 7 婚 姻 ・ 8 生 保			
	9 そ の 他 ()			変 更 年 月 日 年 月 日 から
助 成 区 分 (該当区分に○)	受 給 資 格 証 番 号	変 更 後 の 保 険 (種 類) (該 当 に ○) 個 人 番 号 (保 険 変 更 の み) 被 保 険 者 又 は 組 合 員 氏 名		氏 名 生 年 月 日
身障・重度・ ひとり親・小児・ 特定疾病・精神	①	協会・国保・船員・国家・地方・私学・高齢		(旧 姓) S・H・R 年 月 日
		個人番号		
		氏 名		
身障・重度・ ひとり親・小児・ 特定疾病・精神	②	協会・国保・船員・国家・地方・私学・高齢		(旧 姓) S・H・R 年 月 日
		個人番号		
		氏 名		
身障・重度・ ひとり親・小児・ 特定疾病・精神	③	協会・国保・船員・国家・地方・私学・高齢		(旧 姓) S・H・R 年 月 日
		個人番号		
		氏 名		
住 所	(新) (〒 -)		(旧) (〒 -)	
上記のとおり変更したので届け出します。 住 所 連絡先				
年 月 日 氏 名 受 給 資 格 者 と の 続 柄 本 人 ・ 父 ・ 母 ・ (そ の 他)				
この届出に係る決定に必要な範囲で、公簿等により私及び私の世帯全員に係る課税状況、生活保護状況、医療保険加入状況、 公費負担医療受給状況、障害者手帳情報等について確認されることを				
・ 承諾します。 ・ 承諾しません。 *どちらかを○で囲んでください				
公簿等による課税状況等の確認について承諾しない場合は、確認に必要な書類の提出が別途必要になる場合があります。				

(注)・変更があった項目のみ記載してください。
・届出の際には、特別医療受給資格証（保険変更の場合は写し）を添えてください。