

受給者証記載事項変更等届

年 月 日

尼崎市長 あて

(申請者)
〒 -

住所

氏名

電話番号 (- -)

受診者との続柄()

受診者	フリガナ		生年月日
	氏名		年 月 日

保護者	フリガナ		受診者との関係
	氏名		

◎変更(変更する項目のみ記入してください)

		変更前	変更後
受診者	氏名		
	住所・電話番号	〒 - 電話番号(- -)	〒 - 電話番号(- -)
保護者	氏名		
	住所・電話番号	〒 - 電話番号(- -)	〒 - 電話番号(- -)
加入医療保険	被保険者氏名	受診者との続柄 { }	受診者との続柄 { }
	被保険者証発行機関番号・名称	(番号) (名称)	(番号) (名称)
	被保険者証の記号・番号	(記号) (番号)	(記号) (番号)
	所在地		

※支給認定世帯員および個人番号の変更については、裏面に記入してください。

◎再交付(汚損・破損の場合は、その受診券を添付してください。)

申請理由	1. 紛失 2. 破損 3. 汚損 4. 盗難 5. その他()
------	-----------------------------------

◎返還(受給者証を添付してください。)

申請理由 (事実発生年月日)	1. 市外転出 2. 病気の治ゆ 3. 死亡 4. その他()
	上記事由の事実発生年月日 年 月 日

(裏面)

◎支給認定世帯員および個人番号の変更

受診者と同じ医療保険に加入する者の氏名、受診者から見た続柄、個人番号を記載してください。
個人番号の変更があった場合は、変更のあった方の情報のみ記載してください。

1	フリガナ 氏名	続柄	【市民税非課税の方のみお答えください】 (1)扶養 有()・無 (2)収入額(※) 円
	(個人番号)		
2	フリガナ 氏名	続柄	【市民税非課税の方のみお答えください】 (1)扶養 有()・無 (2)収入額(※) 円
	(個人番号)		
3	フリガナ 氏名	続柄	【市民税非課税の方のみお答えください】 (1)扶養 有()・無 (2)収入額(※) 円
	(個人番号)		
4	フリガナ 氏名	続柄	【市民税非課税の方のみお答えください】 (1)扶養 有()・無 (2)収入額(※) 円
	(個人番号)		
5	フリガナ 氏名	続柄	【市民税非課税の方のみお答えください】 (1)扶養 有()・無 (2)収入額(※) 円
	(個人番号)		

※(2)収入額については、世帯員全員が非課税の場合のみ、昨年1年間の収入額等をご記入ください。
収入には、障害年金、遺族年金、特別児童扶養手当なども該当します。
市町村民税が未申告の方(15歳以下及び高校生を除く)は、必ず市町村民税の申告をお願いいたします。

◎按分特例該当者の確認

支給認定世帯員のなかで指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている者又は
申請中の者がいる場合、当該対象者の氏名、公費負担者番号及び受給者番号をご記入ください。

氏名	
公費負担者番号	
受給者番号	

◎前住所地の確認

該当年度の1月1日に市外にお住まいの方は、前住所地をご記入ください。

前住所地	
------	--