様式第３号

自立支援医療受給者証等記載事項変更届・再交付届・資格喪失届

（届 出 先）
横 浜 市 長　　年　　月　　日

私は、次のとおり、自立支援医療受給者証等に関する事項について届け出ます。

【届出事項】※該当する項目を「○」で囲んでください。

1　記載事項変更　　2　再 交 付　　3　資格喪失

※1 申請者氏名
（受診者又は受診者が18歳未満の場合は保護者の氏名）

受診者	フリガナ		生 年 月 日
	氏　　名		年　月　日
	個人番号		
	住　　所		
保　護　者（受診者が18歳未満の場合のみ記入）	フリガナ		続 柄
	氏　名		
	個人番号		
	住　所		
自立支援医療費受給者番号			
受給者証の有効期間	年　月　日 から　年　月　日 まで		

記載事項変更	事　項	変　更　前	変　更　後
	受診者に関する事項（ 氏名 ・ 住所 ）		
	保護者に関する事項（ 氏名 ・ 住所 ）		
	被保険者証に関する事項（記号及び番号・保険者名・受診者と同一の加入者）		
再交付	※該当する項目を○で囲んでください。 再交付の理由	破損　・　紛失　・その他（　　）	
資格喪失	事由発生日	年　月　日	
	※該当する項目を○で囲んでください。 資格喪失の理由	市外転出　・　通院終了　・　死 亡　・　その他（　　）	
備　考			

（注意）
※1　申請者氏名については、押印不要です。
※　被保険者証の変更など、自立支援医療における「世帯」の変更を伴う場合には、支給認定の変更を行う必要があるため、自立支援医療支給認定申請書（変更）も提出してください。
※　自己負担上限額（所得区分及び重度かつ継続の該当・非該当）及び指定自立支援医療機関の変更については、支給認定の変更を伴うため、自立支援医療支給認定申請書（変更）を提出してください。