

特定医療費受給者証記載事項(加入保険)変更届

公費負担医療の 受給者番号		受給者氏名	
------------------	--	-------	--

1月1日時点(※1~6 月の申請の場合は前 年)の住所地	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 異なる場合記入 (市町名:)	変 更 年 月 日	年 月 日
変更後の 加入医 療保 険	保 険 種 類	1 2 3 4 5 6 7 退 協・組・共・船・国・国・後	記 号 ・ 番 号
	被 保 険 者 氏 名		本 人 ・ 家 族 の 別 1 本人 2 家族
	保 険 者 番 号		保 険 者 名 称

◆支給認定基準世帯員

- ・被用者保険(全国健康保険協会、健康保険組合、共済組合等)…受診者の保険証に被保険者として記載されている方
- ・後期高齢者医療制度、国民健康保険(市町村国保、国保組合)…受診者と同じ医療保険に加入している方全員

支給認定基準世帯員氏名 ※受診者は、記載不要です。	受診者との続柄	1月1日時点(※1~6月の申請の場合は前年)の住所地
		<input type="checkbox"/> 受給者と同じ <input type="checkbox"/> 異なる場合記入 (市町村名:)
		<input type="checkbox"/> 受給者と同じ <input type="checkbox"/> 異なる場合記入 (市町村名:)
		<input type="checkbox"/> 受給者と同じ <input type="checkbox"/> 異なる場合記入 (市町村名:)

上記のとおり届出します。

年 月 日

〒□□□□-□□□□

住 所
届出者 氏 名
(送付先)

受給者との続柄
電 話 番 号

新潟県知事 様

(注) 変更後の健康保険証等の写し及び受給者証を添付してください。
併せて、住民票や課税証明書、個人番号確認書類等の提出が必要となることがあります。

担当者記入欄	
自己負担上限額の変更	有 ・ 無
変更後の階層区分 (変更がある場合のみ)	<input type="text"/>
他の医療費助成の受給有無	有 ・ 無 (<input type="checkbox"/> 子ども医療費 <input type="checkbox"/> 県障 <input type="checkbox"/> 県親)