

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	保種 險類 1 2 3 4 5 6 7 退 協・組・共・船・国・国・後	記号・番号	
	被保険者名	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)