

第8号様式（第10条関係）

重度心身障害者医療費受給資格者証記載事項変更届

年 月 日

郡山市長

住 所 \_\_\_\_\_

受給資格者又は保護者

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

次のとおり、重度心身障害者医療費受給資格者証の記載事項に変更がありましたので、受給資格者証を添えて届けます。

受給資格者証記号番号		郡山市 第 _____ 号		
受給資格者氏名		個人コード	※	
変更の年月日		年 月 日		
変更の内容	変更前		変更後	
	住 所			
	氏 名			
	個人番号			
	医療保険	保 険 者 名		保険者コード
		記 号 番 号		
		被 保 険 者		個人コード ※
		新保険種別	※	
	新保険加入区分	※		
保護者又は扶養義務者	※	続柄	※	
		個人コード	※	
※ 補助対象内・補助対象外		※ 課税・非課税		

備考 ※印の欄は、記入しないでください。