

様式第 1 3 号

障害者医療費受給資格変更届		
年 月 日		
総社市長 殿		
届出人 住 所		
氏 名		
受 給 資 格 者 番 号		
受給資格者	氏 名	
	個 人 番 号	
	生 年 月 日	年 月 日
	住 所 ( 居 住 地 )	
変更事項		
1 氏名	変 更 前	
2 住所		
3 加入保険関係		
(1)被保険者名	変 更 後	
(2)保険者名		
(3)記号番号		
(4)附加給付の内容		
(5)その他		
4 その他		
変更年月日		年 月 日

※障害者医療費受給資格証及び保険の情報がわかるものを添えて提出してください。