

受付区 中央・南・緑(津・城・相・藤) 窓口受理日

自立支援医療費(精神通院医療)支給認定

私は、次のとおり自立支援医療費の支給認定にかかる変更申請
(受診者本人又は受診者が18歳未満の場合は保護者の氏名。記名押印又は自署)

相模原市長 あて 申請者氏名

申請・届出事由
 該当する番号に
 ○を付けてください。

申請事由届出	1	再交付(汚れ・破れ・紛失・その他)	5	<input checked="" type="radio"/>	保険種類変更
	2	受診者の氏名変更	6		負担額変更(所得変更)
	3	受診者の住所変更	7		医療機関変更
	4	保護者に関する変更(氏名・住所)	8		返還(死亡・転出その他) 年 月 日

1, 4, 8の届出の方は、該当する()内の項目にも○を付けてください。

申請年月日 令和4年7月1日 既存の受給者証の有効期限 令和4年7月末日

受給者番号 87654321 個人番号 123456789012

フリガナ サガミ タロウ 生年月日

受診者の氏名 (氏) 相模 (名) 太郎 明治・大正 昭和・平成 00年00月00日

受診者の住所 (〒 252 - 5277) 相模原市中央区富士見6丁目1番1号 電話番号 (042) 769 - 9813

受診者が18歳未満の場合 保護者の氏名 保護者の住所 相模原市 区

変更内容	変更前	変更後
受診者に関する事項(氏名・住所・電話番号)		
保護者に関する事項(氏名・住所)		
被保険者証に関する事項(受診者の保険証)	1被(本) 2被(家) 3国保 4後高 5生保 6その他 記号 10 ② 番号 88888888 ③ 記号 666666 番号 333 保険者番号 140103 保険者名 相模原市 ⑤ 保険者番号 77777777 保険者名 全国健康保険協会 相模支部	
所得区分に関する事項	生保 低1 低2 ④ 中間1 中間2 一定以上 重度かつ継続 該当 非該当	生保 低1 低2 中間1 中間2 一定以上 重度かつ継続 該当 非該当
医療機関(薬局を含む)に関する事項		

変更する箇所を記入してください。
 ※記入例は、保険証に関する変更の場合

受診者と同一の保険加入者に変更があった場合

氏名	個人番号	氏名	個人番号
受診者と同一保険の加入者		続柄	
(氏名・個人番号・続柄)		氏名 <td>個人番号 </td>	個人番号
		続柄	
		氏名 <td>個人番号 </td>	個人番号
		続柄	
		氏名 <td>個人番号 </td>	個人番号
		続柄	

提出される方が申請者本人でない場合は記入してください。

申請書提出した者 氏名 本人との続柄

受診者と同一の保険者に変更があった場合はここに記入してください。

受付

窓口 郵送 本人(保護者) 代理

被保険者証 障害者手帳 自立支援医療受給者証 年間関係書類 その他

個人番号カード 障害者手帳 運転免許証 通知カード 住民基本台帳 その他

身元確認 1 個人番号カード 障害者手帳 運転免許証 通知カード 住民基本台帳 その他 2 被保険者証 自立支援医療受給者証 受給者証 その他

※身元確認注意事項(・代理申請の場合は、代理人の身元確認を行う。・写真の無い身元確認書類は2点以上必要。)

○受給者番号・既存の受給者証の有効期限 ※新規申請の方は空白で結構です

被保険者証の記号・番号 12 1234567

保険者名

指定医療機関名

〇〇病院 相模原市緑区橋本 ●●●●

××薬局 相模原市緑区橋本 ▲▲▲▲

見本 以下余白

自立支援医療受給者証(精神通院)

指定医療機関を受診のときは必ず提示してください。継続する場合には有効期限が終了する前に手続きをしてください。

公費負担者番号 21146048

受給者番号 87654321

氏名 相模 太郎

住所 相模原市中央区中央〇-〇-〇

生年月日 令和〇〇年〇月〇日 男

月額自己負担上限額 10,000円 重継続当

有効期間 令和3年8月1日から 令和4年7月31日まで

上記のとおり認定する

平成22年4月1日 相模原市長

次回、更新時に診断書の提出が必要(不要)です。

○個人番号(マイナンバー)



個人番号通知書

個人番号 1234 5678 9012

氏名 番号 太郎

生年月日 令和2年6月1日

マイナンバーカードの申請について

マイナンバーカードの申請にはスマートフォンやタブレットにはマイナンバー通知書が提示する必要があります。

マイナンバーカードの申請にはマイナンバー通知書が提示する必要があります。

マイナンバーカードの申請にはマイナンバー通知書が提示する必要があります。

マイナンバーカードの申請にはマイナンバー通知書が提示する必要があります。

○受診者の保険証

国民健康保険被保険者証 ①

有効期限 令和〇〇年 〇月〇〇日

記号 10 ② 番号 88888888 ③

氏名 相模 太郎

生年月日 昭和〇〇年〇月〇〇日 性別 男

資格所得年月日 平成〇〇年〇月〇〇日

世帯主 相模 太郎

住所 相模原市中央区中央2-11-15

交付年月日 令和〇〇年〇月〇〇日

保険者番号 140103 ④ 保険者名 相模原市 ⑤

健康保険 家族(被扶養者) ① 00000

被保険者証 ② 平成〇〇年〇月〇〇日交付

記号 666666 ③ 番号 333 ③

氏名 相模(ガミ) 太郎(知)

生年月日 昭和〇〇年〇月〇〇日 性別 男

認定年月日 平成〇〇年〇月〇〇日

被保険者氏名 相模 花子

事業所所在地 相模原市中央区富士見〇-〇-〇

事業所名 ウェルネスさがみはら ④

保険者番号 77777777 ④

保険者名称 全国健康保険協会 相模支部 ⑤

保険者所在地 相模原市中央区富士見〇-〇-〇