

連絡票

※この連絡票は、
必ず全員提出
してください

※必ず記入してください。

受給者番号

受給者氏名

下記の **A** または **B** のどちらか1つに必要な事項をご記入のうえ、提出くださるようお願いいたします。

A 更新手続きをされる方（更新書類と一緒に提出してください。）

書類の確認が必要な場合や書類に不備があった場合に、こちらからご連絡させていただくものですので、日中に連絡がとれる方の連絡先をご記入ください。

◇連絡先はどなたですか？

※平日の日中で連絡可能な時間帯があればご記入ください。

ふりがな
お名前

受給者との続柄 本人・（ ）

電話番号

自宅・職場・携帯・その他（ ）

B 更新手続きをされない方（この用紙を必ず提出してください。）

該当する番号に○を付け、（ ）内もご記入ください。

- 1 寛解（症状がよくなったので通院不要、など）
- 2 県外へ転出（令和 年 月 日 都・道・府・県 へ）
→ 山形県が発行した「受給者証」を返却いただく必要があります。この用紙と一緒に保健所に提出してください。
- 3 死亡（死亡年月日 令和 年 月 日）
- 4 主治医に病状について「軽症」と言われたが、軽症高額に該当しない。
- 5 毎月の医療費が自己負担限度額までかからない。（他の医療証があるので不要など）
- 6 その他（ ）

ふりがな
回答者氏名

受給者との続柄 本人・（ ）

電話番号