

様式第5号（第5条関係）

(表)

特定医療費（指定難病）受給者証等記載事項変更届出書

患者 (受診者)	特定医療（指定難病） 受給者番号															
	ふりがな 氏名													生年月日		
														年月日		
	住所 (居住地)	〒										連絡先 (電話)				
個人番号																
保護者	ふりがな 氏名											患者との続柄				
	住所 (居住地)	□患者と同じ (患者と同じ場合は□にチェックしてください。) 〒										連絡先 (電話)				
	個人番号															
変更事項	変更する内容	変更前										変更後				
	□ 患者に関する事項（氏名・住所・連絡先）	〒 TEL										□患者と同じ (患者と同じ場合は□にチェックしてください。) 〒 TEL				
	□ 保護者に関する事項（氏名・住所・連絡先）	〒 TEL										□患者と同じ (患者と同じ場合は□にチェックしてください。) 〒 TEL				
	保険者名															
■ 保険種別	健保協会・健保組合・国保・ 退職国保・後期・共済・国保組合										健保協会・健保組合・国保・ 退職国保・後期・共済・国保組合					
被保険者証の記号・番号																
被保険者氏名 (患者との続柄)	()										()					
変更年月日	年月日															
資格の喪失 (受給者証の返還)	返還理由										発生日					
	治癒・転出・死亡・その他()															
私は、特定医療（指定難病）受給者証および特定医療（指定難病）支給認定申請書に記載された事項の変更について、上記のとおり届け出ます。																
年月日																
届出者 氏名																
(宛先)																
滋賀県知事																
保健所記入欄		同時申請（有・無）/自己負担上限額の変更（有・無）/指定医療機関の変更（有・無）														

注 申請書の記載にあたっては、裏面の注意事項をご確認ください。

(裏)

○注意事項

- 1 保護者欄は、患者が18歳未満の場合に記載してください。
- 2 変更事項欄は、該当する変更事項の□にレ印を記載してください。
- 3 自己負担上限額（所得区分および自己負担上限額の特例）および指定医療機関の変更については、支給認定の変更を伴うため、特定医療（指定難病）支給認定申請書（変更）を提出してください。
- 4 保健所記入欄には、記入しないでください。

【受診者の住所地以外に郵便物等の送付を希望される場合は、下欄に送付先を記入してください。】

送付先住所	〒
氏 名	本人との関係（ ） 電話（ ）