

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		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> □□□□□□□□□□□□□□□ </div>													
保 護 者	ふりがな 氏 名								患者と の続柄						
	住 所 （居住地）		<input type="checkbox"/> 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		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> □□□□□□□□□□□□□□□ </div>												
変 更 事 項	変更する内容		変 更 前						変 更 後						
	<input type="checkbox"/>	患者に関する事 項（氏名・住所・ 連絡先）	〒 TEL						<input type="checkbox"/> 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						
	<input type="checkbox"/>	保護者に関する 事項（氏名・住 所・連絡先）	〒 TEL						<input type="checkbox"/> 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。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> 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（ ）