

(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)		
保護者	個人番号									
	ふりがな 氏 名							患者との 続柄		
変更事項	住 所 (居住地)	☐ 患者と同じ (患者と同じ場合は□にレ印を記入してください。) 〒						連絡先 (電話)		
	変更する内容	変 更 前				変 更 後				
変更事項	■ 患者に関する事項 (氏名・住所・連絡先)	〒						☐ 患者と同じ (患者と同じ場合は□にレ印を記入してください。) 〒		
		TEL						TEL		
	☐ 保護者に関する事項 (氏名・住所・連絡先)	〒						☐ 患者と同じ (患者と同じ場合は□にレ印を記入してください。) 〒		
		TEL						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	
		医療保険の 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		
		治療・転出・死亡・その他 ()						年 月 日		
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）								

注 1 記入に当たっては、裏面の注意事項を参照してください。

(裏)

○注意事項

- | | |
|---|---|
| 1 | 保護者欄は、患者が18歳未満の場合に記入してください。 |
| 2 | 変更事項欄は、該当する変更事項の□にレ印を記入してください。 |
| 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）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（	）