

(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□にレ印を記入してください。) 〒					連絡先 (電話)	
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）	〒				☐ 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		
		死亡					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（ ）		