

小児慢性特定疾病医療受給者証等記載事項変更届

記入例

受診者	受給者番号	1 2 3 4 5 6 7				
	ふりがな 氏名	おおつ たろう 大津 太郎			生年月日	
	個人番号	1234 5678 9012			令和〇年〇月〇日 (〇歳)	
	住所	〒520-0000 大津市〇〇町〇〇番地〇〇号			連絡先 (電話)	077-000-0000
保護者	ふりがな 氏名	おおつ いちろう 大津 一朗			受診者との続柄	父
	個人番号	1234 5678 9013				
	住所	〒520-0000 大津市〇〇町〇〇番地〇〇号			連絡先 (電話)	077-000-0000
変更する内容		変更前			変更後	
<input type="checkbox"/>	受診者に関する事項 (氏名・住所・電話番号)	〒 TEL — —			〒 TEL — —	
<input type="checkbox"/>	保護者に関する事項 (氏名・住所・電話番号)	〒 TEL			〒 TEL	
変更事項	保険者名	〇〇〇健康保険組合			全国健康保険協会 △△支部	
	保険種別	健保協会・健保組合・国保・共済・ 国保組合・その他()			健保協会・健保組合・国保・共済・ 国保組合・その他()	
	加入医療保険の記号・番号	11111111 1111			22222222 2222	
	被保険者氏名 (受診者との続柄)	大津 一朗(父)			大津 一朗(父)	
変更年月日		令和〇年〇月〇日				
資格の喪失 (受給者証の返還)		返還理由			加入医療保険の変更日	

私は、小児慢性特定疾病医療受給者証及び小児慢性特定疾病医療費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。

令和〇年 〇月 〇日

届出者 氏名 大津 一朗

(宛先)
大津市長

注1 変更事項欄は、該当する変更事項の□に印を記載してください。

2 自己負担上限月額(所得区分及び自己負担上限月額の特例)の変更については、支給認定の変更を伴うため、小児慢性特定疾病医療費支給認定変更申請書を提出してください。