

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○年○月○日(○歳)	
	住所	〒520-0000 大津市○○町○○番地○○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 一郎							受診者との続柄	
	個人番号	1234 5678 9013							父	
	住所	〒520-0000 大津市○○町○○番地○○号							連絡先(電話) 077-000-0000	
変更事項	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	
	<input checked="" type="checkbox"/> 加入医療保険の記号・番号	保険者名	○○○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 一郎(父)							大津 一郎(父)
変更年月日	令和○年 ○月 ○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○年 ○月 ○日

届出者 氏名 大津 一郎

(宛先)  
大津市長

注1 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。

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。