

小児慢性特定疾病医療受給者証等記載事項変更届									
受診者	受 給 者 番 号								
	ふ り が な 氏 名							生 年 月 日	
	個 人 番 号							年 月 日 (歳)	
	住 所		〒					連 絡 先 (電話)	
保護者	ふ り が な 氏 名							受診者との続柄	
	個 人 番 号								
	住 所		〒					連 絡 先 (電話)	
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 type="checkbox"/>	保 険 者 名							
		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							
		被 保 険 者 氏 名 (受 診 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		
<p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>届出者 氏名</p> <p>(宛先)</p> <p>大津市長</p>									

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。