

記入例

受診者		受給者番号	1	2	3	4	5	6	7	性別	生年月日			
		ふりがな	おおつ たろう							男	令和〇年〇月〇日			
		氏名	大津 太郎											
		住所	〒520-0000 大津市〇〇町〇〇番地〇〇号							連絡先 (電話)	075-000-0000			
保護者		ふりがな	おおつ いちろう							受診者との 続柄	父			
		氏名	大津 一郎											
		住所	〒520-0000 大津市〇〇町〇〇番地〇〇号							連絡先 (電話)	075-000-0000			
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	-						-				
	<input type="checkbox"/>	保護者に関する事項 (氏名・住所・電話番号)	〒						〒					
			TEL	-						-				
	<input checked="" type="checkbox"/>	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・ <u>健保組合</u> ・国保・ 共済・国保組合・その他 ()					健保協会・ <u>健保組合</u> ・国保・ 共済・国保組合・その他 ()							
	被保険者証の 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 花子 (母)							
変更年月日		令和〇年 〇月 〇日									保険証の変更日			
資格の喪失 (受給者証の返還)		返還理由							発生日					
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支給認定申請書に記載されたとおり届け出ます。											空白でも大丈夫です。			
令和〇年 ×月 △日														
届出者 氏名		大津 花子												
(宛先) 大津市長														
保健所記入欄														

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。

注2 自己負担上限額（所得区分及び自己負担上限額の特例）及び指定医療機関の変更については、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。

注3 保健所記入欄には、記入しないでください。