

（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)								連絡先 (電話)		
	個人番号										
変更事項	変更する内容	変更前				変更後					
	<input type="checkbox"/> 患者に関する事項（氏名・住所・連絡先）	〒 TEL				〒 TEL					
	<input type="checkbox"/> 保護者に関する事項（氏名・住所・連絡先）	〒 TEL				〒 TEL					
	<input type="checkbox"/>	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	
		被保険者証の記号・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			
<p>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。</p> <p>年 月 日 届出者 氏名</p> <p>(宛先) 滋賀県知事</p>											
保健所記入欄	同時申請（有・無）/自己負担上限額の変更（有・無）/指定医療機関の変更（有・無）										

- 注 1 保護者欄は、患者が18歳未満の場合に記載してください。
- 2 変更事項欄は、該当する変更事項の口にレ印を記載してください。
- 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）およ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、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。

(裏)

【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 ()