

（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)	<input type="checkbox"/> 患者と同じ (患者と同じ場合は□にチェックしてください。)				〒		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）	〒				<input type="checkbox"/> 患者と同じ (患者と同じ場合は□にチェックしてください。)				
		TEL				TEL				
	<input type="checkbox"/> 保護者に関する事項（氏名・住所・連絡先）	〒				<input type="checkbox"/> 患者と同じ (患者と同じ場合は□にチェックしてください。)				
		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			
	治癒・転出・死亡・その他()									
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。 年 月 日 届出者 氏名 (宛先) 滋賀県知事										
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 申請書の記載にあたっては、裏面の注意事項をご確認ください。

(裏)

○注意事項

- | | |
|---|--|
| 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□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。 |

【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（ ）