

小児慢性特定疾病医療受給者証等記載事項変更届出書											
受 診 者	受給者番号									生 年 月 日 年 月 日	
	ふりがな 氏 名										
	個人番号										
	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	☐ 受診者と同じ（受診者と同じ場合は□にレ印を記入してください。） 〒						連絡先 (電話)			
変 更 事 項	変更する内容		変 更 前				変 更 後				
	☐	受診者に関する事項（氏名・住所・電話番号）	〒 TEL — —				☐ 受診者と同じ（受診者と同じ場合は□にレ印を記入してください。） 〒 TEL — —				
		保護者に関する事項（氏名・住所・電話番号）	〒 TEL — —				☐ 受診者と同じ（受診者と同じ場合は□にレ印を記入してください。） 〒 TEL — —				
	☐	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（ ）				
		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			
		治癒 ・ 転出 ・ 死亡 ・ その他（ ）						年 月 日			
私は、小児慢性特定疾病医療受給者証および小児慢性特定疾病医療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）									

注 記入に当たっては、裏面の注意事項を参照してください。

(裏)

○注意事項

- | |
|---|
| <p>1 変更事項欄は、該当する変更事項の□にレ印を記入してください。</p> <p>2 自己負担上限額(所得区分および自己負担上限額の特例)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。</p> <p>3 保健所記入欄には、記入しないでください。</p> |
|---|

【保護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 ()