

小児慢性特定疾病医療受給者証等記載事項変更届

|   |                                     |  |         |       |
|---|-------------------------------------|--|---------|-------|
| 受給者番号   |                                     |  |         |       |
| 受診者   | フリガナ                                |  | 年齢      | 生年月日  |
|   | 氏名                                  |  | 歳       | 年 月 日 |
|   | 個人番号                                |  |         |       |
|   | 住所                                  | 〒                                      |         |       |
| 保護者   | フリガナ                                |  | 受診者との関係 |       |
|   | 氏名                                  |  |         |       |
|   | 個人番号                                |  |         |       |
|   | 住所                                  | 〒                                      |         |       |
| 変更のある事項に  | 事項                                  |  | 変更前     | 変更後   |
|   | <input type="checkbox"/>            | 受診者に関する事項<br>(氏名、住所、生年月日等)             |         |       |
|   | <input type="checkbox"/>            | 保護者に関する事項<br>(氏名、住所、電話番号等)             |         |       |
|   | <input type="checkbox"/>            | 被保険者証に関する事項<br>(記号番号、保険者名、受診者と同一の加入者等) |         |       |
|   | <input checked="" type="checkbox"/> | 医療保険の適用区分                              |         |       |
| <input type="checkbox"/>  | その他の事項                              |  |         |       |
| 備考  |                                     |  |         |       |
| 私は、小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書、小児慢性特定疾病医療受給者証及び小児慢性特定疾病登録者証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。<br><br>届出者氏名<br><br>年 月 日<br><br>高知県知事 様 |                                     |  | 受付印     |       |

※ 支給認定基準世帯員（受診者と同じ医療保険に加入する者）に増減がある場合は、「様式第3号 世帯調書」を必ず添付すること。  
 ※ 指定医療機関、自己負担上限額（所得区分、人工呼吸器等装着、高額かつ長期、重症患者認定）及び疾病の追加については、支給認定の変更を行うため、「様式第1号 小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（変更）」に記載し申請すること。