

富山県知事 殿

届出者 氏 名

電話番号

小児慢性特定疾病医療受給者証等記載事項変更届

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書及び小児慢性特定疾病医療受給者証に記載された事項の変更について、下記のとおり届け出ます。

受診者氏名		受給者番号								
-------	--	-------	--	--	--	--	--	--	--	--

区 分		変 更 前				変 更 後				変更 年月日	
変更のある事項に☑	<input type="checkbox"/>	児童に関する事項 (氏名・住所等)	(フリガナ)				(フリガナ)				
	<input type="checkbox"/>	保護者に関する 事項(氏名・住所・ 電話番号等)	(フリガナ)				(フリガナ)				
	<input type="checkbox"/>	フリガナ									
		被保険者 氏 名	(受診者との続柄)				(受診者との続柄)				
		保険種別	協 組 船 共 国 (組・一・退)				協 組 船 共 国 (組・一・退)				
		記号番号									
	<input type="checkbox"/>	被保険者証 発行機関名 (保険者番号)									
		医療保険の 適用区分									
	<input type="checkbox"/>	支給認定 基準世帯員	氏名		続柄		氏名		続柄		
			氏名		続柄		氏名		続柄		
氏名				続柄		氏名		続柄			
氏名				続柄		氏名		続柄			

【添付書類】(1) 受給者証の写し

(2) ① 氏名の変更の場合、戸籍謄本。住所の変更の場合、住民票

② 被保険者証の内容の変更の場合、被保険者証の写し、保険者からの情報提供に係る同意書、保険者が所得区分の認定を行うために必要な書類等

注) 自己負担上限額(所得区分・人工呼吸器装着・高額かつ長期・重症患者認定)及び疾病名の変更については、支給認定の変更を行うため、支給認定申請書(変更)に記載し申請すること。