

富山県知事 殿

届出者 氏 名

電話番号

(日中連絡可能な連絡先)

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、小児慢性特定疾病登録者証申請書及び小児慢性特定疾病医療受給者証（兼登録者証）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/要支援者氏名		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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 受診者に関する 事項（氏名・住所 等）	(フリガナ)	(フリガナ)		
	<input type="checkbox"/> 申請者に関する 事項（氏名・住 所・電話番号等）	(フリガナ)	(フリガナ)		
	<input type="checkbox"/> 被保険者氏名	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	協会 組合 船員 共済 国保(一般・組合)	協会 組合 船員 共済 国保(一般・組合)	
		記号番号			
		保険者名 (保険者番号)			
	<input type="checkbox"/> 医療保険の 適用区分				
	<input type="checkbox"/> 支給認定 基準世帯員 (受診者を除く)	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	
氏名		続柄	氏名	続柄	

【添付書類】

- (1) 受給者証（兼登録者証）の写し
- (2) 受診者、支給認定基準世帯員の個人番号 ・ 別紙提出の個人番号と相違ありません。  (チェックしてください)
- (3) ① 氏名の変更の場合、戸籍謄本 (省略できません) 住所の変更の場合、住民票 (情報連携で確認できる場合、省略可)  
② 保険者証の内容の変更の場合、医療保険の資格情報が確認できる資料、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。