

小児慢性特定疾病医療費受給者証記載事項変更届

受診者氏名		受給者 番号																						
個人番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>																							
上記受診者氏名は、現在の受給者証記載の氏名を記入し、変更内容の該当番号に○を付けてください。 <b style="text-align: center;">1 住所変更 2 氏名変更 3 保護者の変更 4 医療保険変更 5 その他																								
①	新住所	〒	電話																					
②	受診者に関する事項 (新氏名)	ふりがな																						
		氏名																						
③	保護者に関する事項	ふりがな																						
		保護者氏名																						
		住所																						
		電話番号																						
④	新加入保険	ふりがな																						
		被保険者氏名																						
		資格取得年月日	被保険者	本人・家族																				
		種類	国保(一般・退職)・国保組合・協会・組合管掌・共済組合・後期高齢																					
		記号番号																						
		発行機関名	所在地																					
④	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)	氏名	年齢	歳	受診者との続柄																			
		個人番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>																					
		氏名	年齢	歳	受診者との続柄																			
		個人番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>																					
氏名	年齢	歳	受診者との続柄																					
個人番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>																							
⑤	その他																							
小児慢性特定疾病医療費受給者証の記載事項等が変更となりますので届け出ます。 山梨県知事 殿				保健所収受印																				
住所 _____ 年 月 日 届出者氏名 _____ 個人番号 <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td></tr></table> 連絡先 _____ 受給者との続柄()																								
備考																								

変更部分のみ記載

- ◆ 記入方法・添付書類については、裏面でご確認ください。
- ◆ 指定医療機関、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)及び疾病の変更は、支給認定申請書に記載し申請すること。

◆記入方法

- 上段受診者名・受給者番号は必ず、現在、受給者証に記載されている内容を転記してください。
- 変更内容の該当番号に○を付けてください。(複数選択可)
- 中段の変更内容記載箇所は、変更部分のみの記入をしてください。
- 医療保険変更の際には、3「新加入保険」欄を全て記入してください。
- 医療保険変更の際には、自己負担上限月額算定に必要な支給認定基準世帯員の記入も必要となります。

◆添付書類(変更届出時に必要となるもの)

1 住所変更

- ①受診者の転居後の住民票の写し ②受給者証

2 氏名変更

- ①受診者の氏名変更後の住民票の写し ②受給者証

3 保護者の変更

- ①受診者及び保護者の住民票の写し ②受給者証

4 医療保険変更

- ①受給者証 ②新たに加入した医療保険証 ③支給認定基準世帯員の所得を確認する書類
④保険者へ高額区分照会を行うための同意書等

※③については、変更内容によって必要となる書類が異なりますので、詳しくは保健所へお問い合わせください。

※④について、公立学校共済山梨支部加入者の場合には、別様式の同意書も必要となります。

なお、加入医療保険が国民健康保険・後期高齢者医療以外の医療保険加入者で被保険者が住民税非課税の時、また、加入医療保険が国民健康保険組合の時には、住民税課税証明書が必要となる場合があります。

5 その他

- ①受給者証 ②変更内容を明らかにする書類