

小児慢性特定疾病医療受給者証等記載事項変更届

受診者氏名													受給者番号											
変更のある事項に☑をして、その箇所のみ記入してください																								
変更項目			変更前										変更後											
☐	受診者	フリガナ																						
		氏名																						
		個人番号																						
☐		住所	〒										〒											
☐	申請者	フリガナ											受診者との続柄								受診者との続柄			
		氏名																						
		個人番号																						
☐		住所 ※受診者と同じ場合[同上]	〒										〒											
☐	医療保険	被保険者証 発行機関名																						
		記号・番号																						
☐	支給認定 基準世帯員 (受診者と同じ 医療保険に加入 する被保険者)	世帯員氏名											受診者との続柄				世帯員氏名				受診者との続柄			
上記のとおり変更となりましたので届け出ます。																								
年 月 日																								
届出者 住 所																								
氏 名																								
電話番号 ()																								
(あて先) 松江市長																								

※ 1 氏名、住所の変更の場合は、受給者証を添付してください。

※ 2 保険の変更の場合は、受給者証、健康保険証の写し及び同意書（様式第11号）を添付してください。

※ 3 自己負担上限額（階層区分、重症患者認定等）及び疾病名の変更の場合は、支給認定申請書（様式第 1 号）に記載して申請してください。