

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	保険者名										
		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	
<p>上記のとおり変更となりましたので、下記事項に同意し、記載事項の変更を届け出ます。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・私の世帯の住民基本台帳や課税状況等の資料の確認及び提供を求めること。</li> <li>・被用者保険に加入し低所得区分である場合、私の医療保険上の所得区分に関する情報につき、松江市が私の加入する医療保険者に対して認定に必要な情報を提供し、報告を求めること。</li> </ul> <p style="text-align: center;">年      月      日</p> <p style="text-align: center;">届出者 住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">電話番号                      (              )</p> <p>(あて先) 松江市長</p>												

- ※1 氏名、住所の変更の場合は、受給者証及び住民票の写しを添付してください。
- ※2 保険の変更の場合は、受給者証、保険情報のわかるものを添付してください。  
(支給認定基準世帯員の変更の場合は、課税状況を確認する書類も必要です)
- ※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。