

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、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。
（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。