

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。