

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	ふりがな		年齢	歳	生年月日
	名前				年
	住所	〒 -			
保護者	ふりがな		受診者との 続柄		
	名前				
	住所 (受診者と異なる場合に記入)	〒 -			
受給者番号					
変更のある 事項に <input checked="" type="checkbox"/>	事項		変更前		変更後
	<input type="checkbox"/>	受診者に関する事項 (名前・性別・住所・生年月日等)			
	<input type="checkbox"/>	保護者に関する事項 (名前・住所・電話番号等)			
	<input type="checkbox"/>	被保険者証に関する事項 (記号及び番号 保険者名称 保険者所在地)			
<input type="checkbox"/>	その他の事項				
備考					
福山市長様					年 月 日
<p>小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書及び小児慢性特定疾病医療受給者証に記載された事項に変更があったので、上記のとおり届け出ます。</p> <p>届出者名前 _____</p>					

- ※ 次に掲げる事項の変更については、小児慢性特定疾病医療費支給認定の変更を行うため、小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書(変更)により申請すること。
- (1)指定小児慢性特定疾病医療機関の追加及び削除
 - (2)健康保険証の保険者、被保険者及び受診者と同一の健康保険に加入している人の構成
 - (3)人工呼吸器等装着者、重症患者及び高額かつ長期の認定
 - (4)小児慢性特定疾病の追加及び変更