

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 月 日		
	個人番号 (マイナンバー)															
	住所	〒 -														
保護者	ふりがな											受診者との 続柄				
	名前															
	個人番号 (マイナンバー)															
	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・住所・生年月日等)														
	<input type="checkbox"/>	保護者に関する事項 (名前・住所等)														
	<input type="checkbox"/>	健康保険に関する事項 (記号及び番号 保険者名称等)	(記号)	(番号)	(枝番)	(保険者名称)	(記号)	(番号)	(枝番)	(保険者名称)	(資格取得年月日)	年 月 日				
<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>なお、上記の届出に関し必要があるときは、私(又は受診者)の医療保険上の所得区分に関する情報につき、福山市が私の加入する医療保険者に報告を求めると及び高額療養費の算定基準を決定するために必要な所得に関する情報を医療保険者へ提供することについて同意します。</p>																
届出者名前		_____														
電話番号		(. .)														
郵便物の送付先 (※2に記載の住所地以外への送付先を希望する場合に記入してください。ただし、保護者又は受診者の住所に限ります。)																
〒 -																
住所:													宛名:			

※1 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)支給認定基準世帯員が変更となる場合の、健康保険に関する事項の変更
- (2)自己負担上限額の変更(所得区分、人工呼吸器等装着者、重症患者及び高額かつ長期の認定等)
- (3)小児慢性特定疾病の追加及び変更

※2 郵便物の送付先は、受給者証に記載されている保護者(受診者が成人の場合は受診者)の住所地へ送付します。