

小児慢性特定疾病医療受給者証等記載事項変更届

受給者番号			
フリガナ		生年月日	電話番号
受診者氏名		年 月 日	

★変更があった事項の番号に☑をつけ、該当項目内すべてにご記入ください。

		変更年月日	年 月 日	
変更があった事項☐		変更の内容		
		(変更前)		(変更後)
1 ☐	受診者氏名	フリガナ	フリガナ	
		氏名	氏名	
2 ☐	保護者	フリガナ	フリガナ	
3 ☐	住所	〒	〒	
4 ☐	加入する健康保険(変更後)	被保険者氏名	受診者との続柄: 受診者の()	
		記号	番号	保険者番号
5 ☐	その他の事項()			

私は、小児慢性特定疾病医療費支給認定申請及び小児慢性特定疾病医療受給者証に記載された事項の変更について、上記のとおり届け出ます。 ※申請者…18歳未満の場合は保護者、18歳以上の場合は受診者本人

年 月 日

申請者(被保険者)氏名

(あて先)豊中市長

(注)添付書類について

- 1.受給者証の写し
- 2.(健康保険の変更をしたとき) ①同意書 ②被保険証の写し※国民健康保険、業種別国民健康保険保険は住民票上の世帯全員分

受付印	担当者