

小児慢性特定疾病医療受給者証等記載事項変更届 ※1

受診者	受給者番号	個人番号 <small>(マイナンバー)</small>		
	フリガナ	年齢	生年月日	
	氏名	歳	平成 令和	年 月 日
	住所	〒 (-) 電話番号 (-)		
保護者	フリガナ	受診者との関係		
	氏名	個人番号 <small>(マイナンバー)</small>		
	住所	〒 (-) 電話番号 (-)		

変更のある事項に☑	事 項	変 更 前	変 更 後
<input type="checkbox"/>	児童に関する事項 <small>(氏名・住所・生年月日等)</small>	〒 (-) 電話番号 (-)	〒 (-) 電話番号 (-)
<input type="checkbox"/>	保護者に関する事項 <small>(氏名・住所・電話番号等)</small>	〒 (-) 電話番号 (-)	〒 (-) 電話番号 (-)
<input type="checkbox"/>	加入医療保険に関する事項 <small>(保険種別・保険者・記号及び番号など) ※支給認定基準世帯員の一覧 <u>(裏面)を必ず記入すること。</u></small>		
<input type="checkbox"/>	支給認定基準世帯員に関する事項 <small>(氏名・個人番号・住所など) ※支給認定基準世帯員の一覧 <u>(裏面)を必ず記入すること。</u></small>		
<input type="checkbox"/>	その他の事項		

備 考	
-----	--

私は、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等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。

届出者氏名

令和 年 月 日

石川県知事 殿

※1 本様式は小児慢性特定疾病登録者証に係る変更届を兼ねています。

※2 指定医療機関に関する事項、月額自己負担上限額に係る事項（階層区分・人工呼吸器装着・高額かつ長期・重症患者認定）及び 病名の追加等については、支給認定の変更を要するため、小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（変更）によって申請をすること。

※センター押印欄

書類を提出する方が 届出者と異なる場合	氏名 住所 TEL	受診者との関係
------------------------	-----------------	---------

受付者	身元確認	番号確認	代理権確認

◆支給認定基準世帯員の一覧

	氏名		受診者 との続柄	【社会保険の方】 被保険者 被扶養者の別	指定難病又は小児慢性特定疾病の有無 (※2)
受診者			本人	<ul style="list-style-type: none"> 被保険者 被扶養者 	<ul style="list-style-type: none"> 有 難病 (受給者番号) 無
1	(フリガナ) 氏名			<ul style="list-style-type: none"> 被保険者 被扶養者 	<ul style="list-style-type: none"> 有 1難病 (受給者番号) 2小慢 (受給者番号) 無
	生年月日	年 月 日			
	個人番号 (※3)	□□□□□□□□□□□□□□□□			
	住所 (※4)				
2	(フリガナ) 氏名			<ul style="list-style-type: none"> 被保険者 被扶養者 	<ul style="list-style-type: none"> 有 1難病 (受給者番号) 2小慢 (受給者番号) 無
	生年月日	年 月 日			
	個人番号 (※3)	□□□□□□□□□□□□□□□□			
	住所 (※4)				
3	(フリガナ) 氏名			<ul style="list-style-type: none"> 被保険者 被扶養者 	<ul style="list-style-type: none"> 有 1難病 (受給者番号) 2小慢 (受給者番号) 無
	生年月日	年 月 日			
	個人番号 (※3)	□□□□□□□□□□□□□□□□			
	住所 (※4)				
4	(フリガナ) 氏名			<ul style="list-style-type: none"> 被保険者 被扶養者 	<ul style="list-style-type: none"> 有 1難病 (受給者番号) 2小慢 (受給者番号) 無
	生年月日	年 月 日			
	個人番号 (※3)	□□□□□□□□□□□□□□□□			
	住所 (※4)				
5	(フリガナ) 氏名			<ul style="list-style-type: none"> 被保険者 被扶養者 	<ul style="list-style-type: none"> 有 1難病 (受給者番号) 2小慢 (受給者番号) 無
	生年月日	年 月 日			
	個人番号 (※3)	□□□□□□□□□□□□□□□□			
	住所 (※4)				

※2 指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成受給者が有の者については、当該者の医療保険の資格情報が確認できる資料を添付すること。

※3 国民健康保険又は国民健康保険組合の場合は受診者と同じ記号・番号の医療保険に加入している者について個人番号を記入し、当該全員と受診者の医療保険の資格情報が確認できる資料を添付してください。社会保険の場合は被保険者についてのみ個人番号を記入し、被保険者と受診者の医療保険の資格情報が確認できる資料を添付してください。

※4 支給認定基準世帯員の住所については、表欄に記載した受診者又は保護者の住所と異なる場合のみ記入してください。