

小児慢性特定疾病医療受給者証等記載事項変更届

2023.10

受診者	ふりがな		受給者番号						
	氏名								
申請者	ふりがな		受診者との続柄						
	氏名								
	住所	〒	-	電話番号		-		-	
変更内容 該当する項目に ☑	変更(発生) 年月日		年	月	日				
	<input type="checkbox"/> 受診者に関する事項 (氏名、住所 等) <input type="checkbox"/> 保護者に関する事項 (氏名、住所、電話番号 等) <input type="checkbox"/> 保険証に関する事項 (記号・番号・枝番、医療保険者名 等) <input type="checkbox"/> その他 ※ 次の事項は、様式第 1 号「小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書」により申請してください。 ・自己負担上限額の変更に関する事項 (被保険者・支給認定基準世帯員・階層区分・特例 等) ・疾病の追加及び変更に関する事項								
	変 更 前				変 更 後				
広島県知事様 私は、小児慢性特定疾病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の変更について、次の事項に同意します。 ・私及び世帯員 (以下「世帯員ら」という。) の医療保険上の所得区分を、世帯員らが加入する医療保険者から報告を求めること。 ・情報連携にあたり必要がある場合には、広島県が世帯員の個人番号により、課税状況及び収入を調査すること。  年 月 日 申請者氏名 _____ <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; margin-top: 10px;">                     上記住所以外へ受給者証の送付を希望される場合は、記入してください。                      〒 -                      【宛先 受診者との続柄: 】                 </div>									

※ 申請者氏名は、受診者が 18 歳以上の場合は、受診者の氏名を記入してください。  
 受診者が 18 歳未満の場合は、被保険者 (被用者保険・国保組合) 又は 保護者の氏名を記入してください。  
**【添付書類】** ○住所等の変更：変更を確認できる書類 (変更済の運転免許証等のコピー、住民票など)  
 ○保険証の変更：新しい保険証のコピー  
     ※市町国保：追加で、受診者世帯全員の住民票 (続柄入り) が必要。  
     ※国保組合：追加で、同一保険の 16 歳以上の方全員の市町民税課税証明書が必要。  
 ○届出内容によって、別途書類の提出をお願いする場合があります。