



小児慢性特定疾病医療受給者証記載事項変更届

受給者氏名		受給者番号							
-------	--	-------	--	--	--	--	--	--	--

変更のある事項に☑をして、その箇所のみ記入してください

変更項目		変更前	変更後	
<input type="checkbox"/>	受給者	フリガナ		
		氏名		
<input type="checkbox"/>		住所・電話番号	〒	
<input type="checkbox"/>	(送申請先)	フリガナ	受給者との続柄	受給者との続柄
		氏名		
<input type="checkbox"/>		住所・電話番号	〒	
<input type="checkbox"/>	医療保険	被保険者証発行機関名		
		記号・番号		
<input type="checkbox"/>	支給認定基準世帯員（受給者と同じ医療保険に加入する被保険者）		県確認欄（保健所記入）	変更あり ・ 変更なし

支給認定基準世帯員に変更がある場合、変更後の世帯員について以下に記載すること

変更後、支給認定基準世帯員なし

フリガナ氏名	続柄	生年月日	住所 (受給者と同じ場合は☑)		1月1日時点の居住市区町村（現住所と同じ場合は☑）	
		年 月 日	<input type="checkbox"/>	〒	<input type="checkbox"/>	
		年 月 日	<input type="checkbox"/>	〒	<input type="checkbox"/>	
		年 月 日	<input type="checkbox"/>	〒	<input type="checkbox"/>	
		年 月 日	<input type="checkbox"/>	〒	<input type="checkbox"/>	
		年 月 日	<input type="checkbox"/>	〒	<input type="checkbox"/>	

支給認定基準世帯員に変更がある場合は、様式第1号、7号（別紙）に個人番号（マイナンバー）を記載して添付してください

上記のとおり変更となりましたので届け出ます。

居住地等を確認するため必要があるときは、島根県が住民基本台帳ネットワークシステムを利用して、世帯の情報を検索することに同意します。[同意いただける場合、☑を入れてください]

年 月 日

届出者住所

氏名

島根県知事 様

※1 次の書類を添付してください。ただし、医療保険変更の場合は、加入する保険により別途添付書類が必要になることがありますので、詳しくは最寄りの保健所までお問い合わせください。

- ① 氏名、住所変更 : 受給者証、住民票
- ② 医療保険の変更 : 受給者証、健康保険証の写し、同意書（様式第11号）
- ③ 世帯員の変更（追加） : 受給者証、新たに世帯員となる方の健康保険証の写し、新たに世帯員となる方の個人番号（様式第1号別紙）

※2 自己負担上限額（階層区分、重症患者認定等）及び疾病名変更の場合は、支給認定申請書（様式第1号）に記載してください。

※3 届出者は受給者の保護者または受給者本人となります。