



特定医療費（指定難病）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"/>	申請者	フリガナ		受給者との続柄	
		氏名			
<input type="checkbox"/>		住所・電話番号 ※受給者と同じ場合[同上]	〒		〒
<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)	世帯員氏名		受給者との続柄	

上記のとおり変更となりましたので届け出ます。

年 月 日

届出者住所

氏名

印

(自筆の署名。自署でない場合は押印)

電話番号

()

島根県知事 様

※1 原則として、次の書類の添付が必要となりますが、変更項目により必要な書類が異なります。
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：受給者証及び住民票の写し

②医療保険の変更：受給者証、健康保険証の写し及び同意書

※保険の変更等に伴い、課税状況を確認する書類及び個人番号（マイナンバー）が必要となる場合があります。

※2 自己負担上限額及び疾病名の変更の場合は、支給認定申請書(様式第1号)に記載してください。