

小児慢性特定疾病医療受給者証等記載事項変更届										
受 診 者	フリガナ								生年月日	年齢
	氏名								年 月 日	歳
	個人番号（マイナンバー12桁）									
	住所	〒573-		電話番号（ ）-（ ）-（ ）						
枚方市										
保 護 者  <small>（注1）</small>	フリガナ								受診者との 関係	
	氏名	※保護者は下欄（注1）を御参照ください。								
	個人番号（マイナンバー12桁）									
	住所 （受診者と異なる場合に記入）		〒	電話番号（ ）-（ ）-（ ）						
受給者番号								登録者証の 交付 （注2）	有 ・ 無	
変 更 の あ る 事 項 に ☑	事項		変 更 前				変 更 後			
	<input type="checkbox"/>	受診者の氏名								
	<input type="checkbox"/>	保護者の氏名 （保護者の変更も含む）								
	<input type="checkbox"/>	住所・連絡先 住所を変更する者に☑を 付けてください。 <input type="checkbox"/> 受診者及び保護者 <input type="checkbox"/> 受診者のみ <input type="checkbox"/> 保護者のみ	〒	TEL（ ）-（ ）-（ ）			〒	TEL（ ）-（ ）-（ ）		
	<input type="checkbox"/>	その他の事項								
	事項		変 更 後							
	<input type="checkbox"/>	医療保険	保険種別	<input type="checkbox"/> 被用者保険（本人・家族） <input type="checkbox"/> 国保組合（組合員・家族）			<input type="checkbox"/> 枚方市国保（世帯員・その他） <input type="checkbox"/> 生活保護受給			
			記号				番号			
			被保険者名							
			保険者番号							
<input type="checkbox"/>	個人番号（マイナンバー） ※変更する方のみ記入してください。	受診者				その他 （氏名）				
		保護者				その他 （氏名）				
<input type="checkbox"/>	支給認定基準世帯員	※裏面の支給認定基準世帯員欄に記載してください。								
変更年月日		年 月 日								
<p>私は、小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（新規・更新・転入）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。</p> <p>（宛先）枚方市長</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">（フリガナ） 届出者氏名 _____</p> <p style="text-align: center;">（注1） _____</p>										

（注1） 保護者及び届出者は、原則として、小児慢性特定疾病児童の医療保険の被保険者（本人）である保護者とします。  
 なお、受診者が成年患者の場合は、本人が届け出てください。

（注2） 登録者証の交付を受けている場合、この届出により登録者証の情報も併せて変更します。

（注3） 自己負担上限月額（階層区分・人工呼吸器等装着・高額治療継続・重症患者認定・世帯内あん分特例）及び疾病名を追加・変更するときは、支給認定の変更を行うため小児慢性特定疾病医療費支給認定変更申請書にて申請してください。

