

第1号様式の7（第1条の4関係）

| 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                     |                                |     |  |  |  |     |  |  |  |  | 年齢     | 歳                            | 生年月日 |   |   |
|   | 氏名                       |                                |     |  |  |  |     |  |  |  |  |        |                              | 年    | 月 | 日 |
|   | 個人番号                     |                                |     |  |  |  |     |  |  |  |  |        |                              |      |   |   |
|   | 住所                       |                                |     |  |  |  |     |  |  |  |  | 電話番号   |                              |      |   |   |
| 保護者   | フリガナ                     |                                |     |  |  |  |     |  |  |  |  | 受診者の続柄 | 電話番号                         |      |   |   |
|   | 氏名                       |                                |     |  |  |  |     |  |  |  |  |        |                              |      |   |   |
|   | 個人番号                     |                                |     |  |  |  |     |  |  |  |  |        |                              |      |   |   |
|   | 住所                       |                                |     |  |  |  |     |  |  |  |  |        | <small>※受診者と同じ場合は省略可</small> |      |   |   |
| 受給者番号   |                          |                                |     |  |  |  |     |  |  |  |  |        |                              |      |   |   |
| 変更年月日   |                          |                                |     |  |  |  |     |  |  |  |  |        |                              |      |   |   |
| 変更のある事項にレ印を付し、必要事項を記載   | 事項                       |                                | 変更前 |  |  |  | 変更後 |  |  |  |  |        |                              |      |   |   |
|   | <input type="checkbox"/> | 受診者に関する事項<br>(氏名・住所・電話番号等)     |     |  |  |  |     |  |  |  |  |        |                              |      |   |   |
|   | <input type="checkbox"/> | 保護者に関する事項<br>(氏名・住所・電話番号等)     |     |  |  |  |     |  |  |  |  |        |                              |      |   |   |
|   | <input type="checkbox"/> | 加入医療保険に関する事項<br>(記号及び番号・保険者名等) |     |  |  |  |     |  |  |  |  |        |                              |      |   |   |
|   | <input type="checkbox"/> | 医療保険の適用区分                      |     |  |  |  |     |  |  |  |  |        |                              |      |   |   |
| <input type="checkbox"/>  | その他の事項                   |                                |     |  |  |  |     |  |  |  |  |        |                              |      |   |   |
| 備考欄   |                          |                                |     |  |  |  |     |  |  |  |  |        |                              |      |   |   |
| <p>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 style="text-align: center;">郡山市長</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">届出者氏名</p> |                          |                                |     |  |  |  |     |  |  |  |  |        |                              |      |   |   |

備考 受診医療機関、自己負担上限額(所得区分・人工呼吸器装着・高額かつ長期・重症患者認定)及び疾病名の変更については、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申請書(新規・更新・変更)に記載し申請すること。