特定医療受給者証等記載事項変更届									
		受給者番号							
受診者に関する事項									
	フリガナ								
	氏 名								
	個人番号	〒 - -	 住所を受給者証等の	送付先とする。□					
	住 所	フリガナ 奈良県							
		NDA							
	電話	自宅携帯	5						
	・氏名変更は、変更後の氏名が分かるものの写しを添付してください。・住所変更は、変更後の住民票を添付してください。								
被保険者証に関する事項									
	被保険者氏名		受診者との 続柄	本人 • 家族					
	保険種別	協会健保・健保組合・共済・国保・ 国保退職・後期高齢・国保組合・ その他・生保 被保険者証の							
	被保険者証 発行機関名		 						
	所 在 地								
	'''								
・自己負担上限額(階層区分)に変更のない場合は、新たな「保険証の写し」(裏面参照)を「保険証貼付用 紙」に貼り、「同意書」と一緒に提出してください。 ※裏面の世帯調書を記載してください。									
申請	当(保護者)	こ関する事項 ※受診者が未成年の場合、保	農護者が申請者にな	なります。					
	フリガナ		 受診者との	本人					
	氏 名		関係	その他(
	個人番号 電 話								
	電 話 〒 一 一 ※この住所を受給者証等の送付先とする。 □								
	住 所	フリガナ							
				I					
私は	、 特定医療費	保健所受付印							
について、上記のとおり届け出ます。 奈良県知事 殿									
^.									
	平成	年 月 日	印						
届出者氏名									
受診者との続柄 ()									

※1 指定医療機関、自己負担上限額(階層区分・人工呼吸器等装着・軽症高額該当・高額かつ長期・世帯 内按分)及び指定難病の名称変更については、支給認定の変更を行うため、特定医療費支給認定申請書(変更)に必要書類を添付して申請すること。
※2 重症患者認定は、指定難病重症申請書に必要書類を添付して申請すること。
対象となるのは、特定疾患治療研究事業の医療費助成を受けていた方のみとする。

世帯調書

○住民票上の世帯全員について記載してください。※住民票が別でも同じ医療保険に加入している方が他にいる場合は、その方も記入してください。

世帯員氏名		生年月日	受診者との 続柄	住民票が 別の場合()	加入医療保険種別と被保 険者・被扶養者の別
1		M•T•S•H			
	個人番号 — — — —				被保険者 • 被扶養者
2		M•T•S•H			
	個人番号	_			被保険者 • 被扶養者
3		M•T•S•H			
	個人番号	· ·			被保険者 • 被扶養者
4		M • T • S • H			
	個人番号	· ·			被保険者 • 被扶養者
5		M • T • S • H			
	個人番号	· · ·			被保険者 • 被扶養者
6		M • T • S • H			
	個人番号				被保険者 • 被扶養者
7		M • T • S • H			
	個人番号				被保険者 • 被扶養者

〇医療保険証の写し(コピー)を提出していただく方

保険	種別	医療保険証のコピーを提出していただく方		
国民健康保険(退職国保国民健康保険組合	発含む)	同じ国保に加入している方全員分 ※同一市町村の国保と退職国保は同じ国保です。		
後期高齢者医療制度		同じ住民票上で、後期高齢に加入している方全員分		
被用者保険	受診者が被保険者 本人 の場合	受診者本人の分のみ		
(協会健保·健保組合· 共済 等)	受診者以外が被保険者 となっている場合 (受診者が被扶養者 「 家族 」)	被保険者の分および受診者の分		