

<b>小児慢性特定疾病医療受給者証等記載事項変更届</b>									
受給者番号									
受診者氏名 _____									
◎変更される事項に☑をし、新しい情報を記載してください。									
<b>受診者に関する事項</b>									
<input type="checkbox"/>	フリガナ				年齢	歳	生年月日		
	氏名						年 月 日		
<input type="checkbox"/>	個人番号								
<input type="checkbox"/>	住所	〒							
		フリガナ 奈良県							
・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。									
<b>被保険者証に関する事項</b>									
<input type="checkbox"/>	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							
	受診者との続柄	家族 ・ 本人 (国保・国保組合に加入の方又は、本人が被保険者の方)							
	被保険者証の記号・番号	記号				番号			
	被保険者氏名								
	被保険者証発行機関名								
・被保険者証に関する事項の変更により医療保険上の世帯員が変わり、自己負担上限額(階層区分)を変更する場合は、小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書(変更)に必要な書類を添付して申請してください。 ・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。									
<b>申請者(保護者)に関する事項</b> ※受診者が未成年の場合、保護者が申請者になります。									
<input type="checkbox"/>	フリガナ				受診者との関係 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	氏名								
	個人番号								
	住所	〒							
		フリガナ 奈良県							
<input type="checkbox"/>	電話番号	自宅		—			—		
		日中に連絡が取れる番号(申請等に関する連絡先)		受診者との関係	父・母その他( )	電話番号	—		
<b>その他の事項</b>									
<input type="checkbox"/>	受給者証の送付先(希望するものに☑)	<input type="checkbox"/> 申請者の住所 <input type="checkbox"/> その他(宛名: _____ 住所:〒 _____)							

私は、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。  奈良県知事 殿 年 月 日 届出者氏名 _____  受診者との続柄 ( )	保健所使用欄 受付印    ※整理欄
---	-----------------------------------

※ 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・高額かつ長期・重症患者認定・世帯内按分)及び小児慢性特定疾病の名称変更については、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(変更)に必要な書類を添付して申請すること。

(裏面)

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、その方も記載してください。

○生活保護受給者の方も記載してください。

世帯員氏名		生年月日	受診者との続柄	住民票が別の 場合に○	加入医療保険種別と 被保険者・被扶養者の別	受診者と同じ 保険の加入者 に○
1	※受診者氏名を記載してください。		受診者本人		〔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・被扶養者	○
2		年 月 日	父・母・兄・弟・姉・妹 祖父・祖母・その他( )		〔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・被扶養者	
	個人番号					
3		年 月 日	父・母・兄・弟・姉・妹 祖父・祖母・その他( )		〔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・被扶養者	
	個人番号					
4		年 月 日	父・母・兄・弟・姉・妹 祖父・祖母・その他( )		〔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・被扶養者	
	個人番号					
5		年 月 日	父・母・兄・弟・姉・妹 祖父・祖母・その他( )		〔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・被扶養者	
	個人番号					
6		年 月 日	父・母・兄・弟・姉・妹 祖父・祖母・その他( )		〔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・被扶養者	
	個人番号					
7		年 月 日	父・母・兄・弟・姉・妹 祖父・祖母・その他( )		〔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・被扶養者	
	個人番号					
8		年 月 日	父・母・兄・弟・姉・妹 祖父・祖母・その他( )		〔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・被扶養者	
	個人番号					
9		年 月 日	父・母・兄・弟・姉・妹 祖父・祖母・その他( )		〔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・被扶養者	
	個人番号					
10		年 月 日	父・母・兄・弟・姉・妹 祖父・祖母・その他( )		〔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・被扶養者	
	個人番号					

○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(退職国保含む。) 国民健康保険組合		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。
被用者保険 (協会健保・健保組合・ 共済 等)	受診者が被保険者本人の場合	受診者本人の分のみ
	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