

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	受給者番号							
	フリガナ				年 齢	歳	生年月日	
	氏名						年	月
	居住地	〒				電 話 番 号		
保 護 者	フリガナ				受診者との 関 係			
	氏名							
	居住地	〒				電話番号		
変 更 の あ る 事 項 に レ 印	事 項	変 更 前			変 更 後			
	<input type="checkbox"/>	受診者に関する事項 (氏名・居住地 ・電話番号等)						
	<input type="checkbox"/>	保護者に関する事項 (氏名・居住地 ・電話番号等)						
	<input type="checkbox"/>	被保険者証に 関する事項 (記号及び番号 ・保険者名等)						
	<input type="checkbox"/>	支給認定基準世帯員 (受診者と同じ医療 保険に加入する者 に関する事項 (氏名))						
<input type="checkbox"/>	その他の事項							
備 考								
愛媛県		保健所長 様			年 月 日			
届出者氏名								

- 注1 届出者について、受診者本人又は保護者以外の場合は、委任状が必要。  
 2 保護者の居住地及び電話番号は、受診者本人と異なる場合に記入。  
 3 自己負担上限額(按分、所得区分、人工呼吸器等装着者、高額かつ長期、重症患者認定)及び小児慢性特定疾病の名称の変更は、小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書(変更)に記載し申請すること。

(保健所 記入欄)	世帯員変更 [有・無]	____年度課税 [有・無] ※社保のみ	保険加入 [有・無] ※生保のみ		
	本人(又は保護者)年収 <input type="checkbox"/> 80万円超 <input type="checkbox"/> 80万円以下 ※B1又はB2に変更予定の場合のみ <input type="checkbox"/> 障害年金あり <input type="checkbox"/> 遺族年金あり <input type="checkbox"/> 特別障害者手当あり <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当あり <input type="checkbox"/> その他収入あり ( ) <input type="checkbox"/> その他収入なし				
届出者の 本人確認	1つで可	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> その他 ( )
	2つ以上	<input type="checkbox"/> 医療保険証	<input type="checkbox"/> 介護保険証	<input type="checkbox"/> 医療受給者証 ( )	<input type="checkbox"/> その他 ( )

(※) 受診者本人又は保護者の個人番号が変更になった場合のみ必要。