

特定医療費（指定難病）受給者証等記載事項変更届

受診者（患者）	フリガナ											性別	<input type="checkbox"/> 男	年齢	歳		
	氏名												<input type="checkbox"/> 女				
	個人番号 (マイナンバー)											生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	
	受給者番号																
	住所	〒															
保護者（※）	フリガナ											受診者との続柄	<input type="checkbox"/> 同上（記入省略）				
	氏名																
	個人番号 (マイナンバー)																
	住所	〒															
変更のある事項に	事項	変更前										変更後					
	<input type="checkbox"/>	受診者に関する事項 (氏名・住所・電話番号)															
	<input type="checkbox"/>	受給者に関する事項 (氏名・住所・電話番号)															
	<input type="checkbox"/>	加入医療保険被保険者証に関する事項 (記号及び番号・保険者名・保険者所在地・受診者と同一の加入者)															
	<input checked="" type="checkbox"/>	医療保険の適用区分															
<input type="checkbox"/>	支給認定基準世帯員に関する事項 (氏名・個人番号)																
備考																	
私は、特定医療費支給認定申請書及び特定医療費受給者証又は登録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。												保健所受理印					
届出者氏名 _____ 年 月 日																	
												沖縄県知事 殿					

※ 受診者が18歳未満の場合に記入して下さい。
 ※ 指定医療機関、自己負担上限額（所得区分・人工呼吸器装着・軽症高額該当・高額かつ長期）及び指定難病の名称の変更については、支給認定の変更を行うため、特定医療費（指定難病）支給認定／登録者証（指定難病）申請書（変更）に記載し申請すること。