

**記入例**  
(保険変更 金額変更無)

※赤字部分を記入してください

小児慢性特定疾病 受給者証等記載事項変更届														
受診者	フリガナ	なは はなこ								性別	男 ● 女	年齢	10 歳	生年月日
	氏名	那覇 花子												平成22年2月2日
	個人番号	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
	住所	那覇市泉崎 1-1-1										電話番号( 090-0000-0000 )		
保護者	フリガナ	なは たろう								受診者との 関係	父			
	氏名	那覇 太郎										被保険者の氏名を記載してください。		
	個人番号	2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2												
	住所 (受診者と異なる場合に記入)	電話番号( — — )										保護者が別住所の場合は、別居先の住所を記入		
受給者番号		1 2 3 4 5 6 7												
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)												
	<input type="checkbox"/>	保護者に関する事項 (氏名・住所)												
	<input checked="" type="checkbox"/>	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)	全国健康保険協会 沖縄支部 123・123456					〇〇健康保険組合 1111・222222						
	※保険者の変更について、国保、後期高齢(保護者)→被用者保険等、被用者保険等→国保、後期高齢(保護者)等の変更の場合、自己負担上限額の算定をおこなうため、必要書類を添付して下さい。なお、保険変更により自己負担上限額が変更になる場合は、小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書(変更)にて申請して下さい。 ※2													
<input type="checkbox"/>	その他													
備考														
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。											保健所受理印			
届出者氏名 ※1 那覇 太郎											印 (続柄： 父 )			
令和 2 年 5 月 21 日											那覇市長宛			

※1 届出者氏名に被保険者の氏名を記載してください。 ずれかとする。 ※2 指定医療機関、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・世帯内按分特例)及び小児慢性特定疾病の名称の変更については、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(変更)に記載し申請すること。