

小児慢性特定疾病医療受給者証等記載事項変更届兼同意書											
受 診 者	フリガナ						年 齢	歳	生年月日		
	氏 名								平成・令和 年 月 日		
	個人番号										
	住 所		電話番号(- -)								
保 護 者	フリガナ						受 診 者 と の 関 係				
	氏 名										
	個人番号										
	住 所 (受診者と異なる場合に記入)		電話番号(- -)								
受給者番号											
変 更 の あ る 事 項 に ☑	事 項		変 更 前				変 更 後				
	☐	受診者に関する事項 (氏名・住所)									
	☐	保護者に関する事項 (氏名・住所)									
	☐	加入医療保険に関する事項 (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)									
	※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兼同意書(変更)にて申請して下さい。※1)										
☐	そ の 他										
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。また、支給認定にかかる自己負担額等の決定のために必要事項（住民票上の世帯、受診者と同一医療保険上の世帯確認のための住民基本台帳の閲覧、自己負担区分判定のための課税台帳の閲覧及び市町村民税所得課税証明書の公用取得、高額療養費適用区分及び世帯員確認のための国民健康保険台帳の閲覧、加入医療保険の資格情報の閲覧、生活保護受給情報）について、その情報を確認または照会することに同意します。										保健所受理印	
届出者氏名 (続柄:) 令和 年 月 日 那覇市長宛											

※1 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兼同意書(変更)に記載し申請すること。