

小児慢性特定疾病医療費支給認定 変更届

(あて先) 八尾市長
児童福祉法律施行規則第7条の26及び27の規定により、届出をします。

_____年 _____月 _____日

受診者	氏名	(フリガナ)		受給者 番号	
	生年月日	_____年	_____月		
	住所	〒 _____			
申請者 (保護者)	氏名	(フリガナ)		受診者 との関係	
	住所	〒 _____ ※ 受診者と住所が同一の場合は記入不要			
	電話	(自宅)	_____	(携帯)	

届出が必要な項目番号に○を付けて、必要事項及び☑を記入してください。

1	受診者 氏名	新	(フリガナ)	旧	(フリガナ)
		

2	受診者 住所	新	〒
		旧	〒

3	健康保険	被 保 険 者 証	保険者名称				
			保険者番号	記号			
			資格取得 年月日	令和 _____年 _____月 _____日	番号		
		健康保険の種類	<input type="checkbox"/> 市町村国保 【世帯主・家族】	<input type="checkbox"/> 被用者保険 【本人・家族】	<input type="checkbox"/> 業種別国保 【組合員・家族】		
		被保険者氏名 (世帯主・組合員)	(フリガナ)		受診者 との続柄		
適用区分		ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ					

(ウラへ続く)

《事務処理使用欄》

有効期間	_____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月 _____日	階層区分	上限額	適用区分	保健所受付印
	_____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月 _____日		円		
備考	受付者				

必要な届出事項について、太枠の中に記入してください。

必要な欄出事項について、太枠の中に記入してください。

4	支給認定基準世帯員 (受診者と同じ健康保険に加入する方)		※変更後の世帯員全員を記入してください。 ※階層区分の変更を希望する場合は、別途、変更申請が必要です。	
	(1) 受診者氏名		受診者との 続柄	本人
	(2) 世帯員氏名		受診者との 続柄	
	(3) 世帯員氏名		受診者との 続柄	
	(4) 世帯員氏名		受診者との 続柄	
	(5) 世帯員氏名		受診者との 続柄	