

小児慢性特定疾病医療費支給認定 変更届

私は、支給認定上必要がある場合は、受診者及び支給認定基準世帯員等の住民基本台帳及び市税情報等を閲覧・利用することに同意したうえで、小児慢性特定疾病医療受給者証の記載事項の変更の届出をします。

必要な届出事項について、
太枠の中に記入してください。

(あて先) 八尾市長

年 月 日

申請者氏名

受診者	氏 名	(フリガナ)		受給者 番号	
	生年月日	年 月 日			
	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	医療保険	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		
		医療保険の種類	☐ 市町村国保 【世帯主・家族】		☐ 被用者保険 【本人・家族】	☐ 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					

(ウラヘ続く)

《事務処理使用欄》		階層区分	上限額	適用区分	保健所受付印
有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		円		
	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。

4	支給認定基準世帯員 (受診者と同じ医療保険に加入する方)		※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。	
	マイナンバー連携(課税証明書の提出省略)		☐ 希望する ☐ 希望しない	
			※業種別国保の方・被用者保険非課税の方は省略できません。	
	受診者氏名		受診者との続柄	本人
	個人番号			
	(1)	世帯員氏名	受診者との続柄	
		個人番号		
	(2)	世帯員氏名	受診者との続柄	
		個人番号		
	(3)	世帯員氏名	受診者との続柄	
		個人番号		
	(4)	世帯員氏名	受診者との続柄	
		個人番号		
	(5)	世帯員氏名	受診者との続柄	
個人番号				
(6)	世帯員氏名	受診者との続柄		
	個人番号			

個人番号確認	受診者の個人番号	☐ 個人番号カード ☐ 住民票 ☐ 通知カード(通知カード廃止日(令和2年5月25日)以降、当該通知カードに係る記載事項に変更がない場合に限り使用可能) ☐ その他 []
申請者の身元確認	☐ 受診者(18歳以上) ☐ 保護者	☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ 旅券 ☐ 身体障がい者手帳 ☐ その他 [] 上記の書類がない場合は以下の書類のいずれか2つ ☐ 健康保険証(又は「資格情報のお知らせ」もしくは「資格確認書」) ☐ 小慢受給者証 ☐ 指定難病受給者証 ☐ その他官公署が発行した書類で氏名及び生年月日の記載があるもの []