

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。

(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)

必要な届出事項について、太枠の中に記入してください。

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	<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		

(ウラヘ続く)

《事務処理使用欄》

有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	階層区分	上限額	保健所受付印
	年 月 日 ~ 年 月 日			
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)		<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	
	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	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> その他 []
申請者の身元確認	<input type="checkbox"/> 受診者(18歳以上) <input type="checkbox"/> 保護者	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 「医療保険の資格情報」が確認できる書類 <input type="checkbox"/> 小慢受給者証 <input type="checkbox"/> 指定難病受給者証 <input type="checkbox"/> 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 []