

小児慢性特定疾病医療受給者証等記載事項変更届

受給者番号								平成 令和	年	月	日			
受診者	ふりがな											生年月日	(歳)
	氏名													
住所	倉敷市													
申請者	ふりがな							日中連絡のつく 電話番号	()	-	受診者との続柄:			
	氏名	<input type="checkbox"/> 受診者に同じ												
	住所	<input type="checkbox"/> 受診者に同じ 倉敷市						受診者との続柄						
変更のある事項に <input checked="" type="checkbox"/>	事項		変更前	変更後						必要書類				
	<input type="checkbox"/>	受診者に関する事項 (氏名・住所等)	受給者証記載のとおり							・医療受給者証 ・変更事項の分かるもの (住民票、子ども医療受給者証 等)				
	<input type="checkbox"/>	保護者に関する事項 (氏名・住所等)								・医療受給者証 ・変更事項の分かるもの (住民票、運転免許証 等)				
	<input type="checkbox"/>	被保険者証に関する事項 (記号及び番号・保険者名等)								・医療受給者証 ・受診者の新しい健康保険証 ・同意書(保険者照会用) →変更後の保険が国民健康保険 または国民健康保険組合 の場合 ・課税証明書 →該当者のみ(注1参照)				
	<input type="checkbox"/>	その他の事項												
変更年月日			令和 年 月 日											
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。 倉敷市長 あて 令和 年 月 日 申請者氏名 _____								受付印						

注1 下記に該当する方は市民税課税証明書が必要です。

- ・変更後の健康保険が国民健康保険組合の場合、加入者全員の市民税課税証明書
- ・変更後の健康保険が被用者保険(協会けんぽ、共済組合など)で、被保険者が市民税非課税の場合、被保険者の市民税課税証明書
(4~6月の届出の場合は前年度、7月の届出の場合は前年度と現年度両方、8月~3月の届出の場合は現年度のものが必要です。)

※1 上記以外の変更(高額かつ長期、疾病追加 等)については、支給認定変更申請書に記載し届出ること。

※2 保険変更に伴い、自己負担上限月額が変更となる可能性があります。変更になる場合は支給認定申請(変更)も併せて申請してください。

例: 被保険者の変更(例: 家族の扶養⇒本人)、加入保険が国保以外から国保へ変更 など

↓↓↓保健所記入欄↓↓↓

確認事項	<input type="checkbox"/>	かるて入力	<input type="checkbox"/>	保険者照会	<input type="checkbox"/>	適用区分変更あり	<input type="checkbox"/>	支給認定変更同時	<input type="checkbox"/>	受給者証発行
------	--------------------------	-------	--------------------------	-------	--------------------------	----------	--------------------------	----------	--------------------------	--------