様式第５号（第５条関係）

（表）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 特定医療費（指定難病）受給者証等記載事項変更届出書 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 患　者（受診者） | 特定医療（指定難病）  受給者番号 | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| ふりがな  氏　　名 | |  | | | | | | | | | | 生　年　月　日 | | | | | | | |
| 年　　月　　日 | | | | | | | |
| 住　　所  （居住地） | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | 連絡先  (電話) |  |
| 個人番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  | | | |
| 保護者 | ふりがな  氏　　名 | |  | | | | | | | | | | 患者と  の続柄 | | | | |  | | |
| 住　　所  （居住地） | | □患者と同じ  （患者と同じ場合は□にチェックしてください。）  〒 | | | | | | | | | | | | | | | | 連絡先(電話) |  |
| 個人番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  | | | |
| 変更事項 | 変更する内容 | | 変　更　前 | | | | | | | | | | 変　更　後 | | | | | | | |
| □ | 患者に関する事項（氏名・住所・連絡先） | 〒  TEL | | | | | | | | | | □患者と同じ  （患者と同じ場合は□にチェックしてください。）  〒  TEL | | | | | | | |
| □ | 保護者に関する事項（氏名・住所・連絡先） | 〒  TEL | | | | | | | | | | □患者と同じ  （患者と同じ場合は□にチェックしてください。）  〒  TEL | | | | | | | |
| □ | 保険者名 |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 保険種別 | 健保協会・健保組合・国保・  退職国保・後期・共済・国保組合 | | | | | | | | | | 健保協会・健保組合・国保・  退職国保・後期・共済・国保組合 | | | | | | | |
| 被保険者証の  記号・番号 |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 被保険者氏名  （患者との続柄） | （　　　　） | | | | | | | | | | （　　　　） | | | | | | | |
| 変更年月日 | | | 年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 資格の喪失  （受給者証の返還） | | | 返還理由 | | | | | | | | | | | | | 発生日 | | | | |
| 治癒 ・ 転出 ・ 死亡 ・ その他（　　　　） | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| 私は、特定医療（指定難病）受給者証および特定医療（指定難病）支給認定申請書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。  　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　届出者　　　　氏　名  （宛先）  滋賀県知事 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保健所記入欄 | | | 同時申請（有・無）/自己負担上限額の変更（有・無）/指定医療機関の変更（有・無） | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注 申請書の記載にあたっては、裏面の注意事項をご確認ください。

（裏）

〇注意事項

|  |
| --- |
| １　保護者欄は、患者が18歳未満の場合に記載してください。  ２　変更事項欄は、該当する変更事項の□にレ印を記載してください。  ３　自己負担上限額（所得区分および自己負担上限額の特例）および指定医療機関の変更については、支給認  定の変更を伴うため、特定医療（指定難病）支給認定申請書（変更）を提出してください。  ４　保健所記入欄には、記入しないでください。 |

【受診者の住所地以外に郵便物等の送付を希望される場合は、下欄に送付先を記入してください。】

|  |  |
| --- | --- |
| 送付先住所 | 〒 |
| 氏　名 | 本人との関係（　　　　　　　）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話（　　　　　　　　　　　　　　　　） |