

（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)	<input type="checkbox"/> 患者と同じ (患者と同じ場合は□にレ印を記入してください。) 〒	連絡先 (電話)	
変 更 事 項	変更する内容	変 更 前	変 更 後	
	<input type="checkbox"/> 患者に関する事項（氏名・住所・連絡先）	〒 TEL	<input type="checkbox"/> 患者と同じ (患者と同じ場合は□にレ印を記入してください。) 〒 TEL	
	<input type="checkbox"/> 保護者に関する事項（氏名・住所・連絡先）	〒 TEL	<input type="checkbox"/> 患者と同じ (患者と同じ場合は□にレ印を記入してください。) 〒 TEL	
	<input type="checkbox"/> 保険者名 保険種別 記号・番号 被保険者氏名 (患者との続柄)	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
		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 ()		年 月 日	
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）			

注 1 記入に当たっては、裏面の注意事項を参照してください。

(裏)

○注意事項

- | |
|--|
| 1 保護者欄は、患者が18歳未満の場合に記入してください。 |
| 2 変更事項欄は、該当する変更事項の□にレ印を記入してください。 |
| 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（ ）