

（宛先）富山市保健所長

住所 (〒)

届出者 氏 名 (受診者との続柄：)

個人番号

電 話 - -

小児慢性特定疾病医療受給者証等記載事項変更届

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、次のとおり届け出ます。

また、この届出にあたり、住民記録情報や市民税情報について貴職が調査することに（同意します・同意しません）*。

記

受診者氏名	(男 女)	生年月日	年 月 日 (歳)
個人番号			
住 所			
公費負担番号		受給者番号	

事 項		変 更 前	変 更 後	変更年月日	
受診者	フリガナ				
	氏 名				
	住 所	〒	〒		
	加入医療保険	フリガナ			
		被保険者氏名	(受診者との続柄)	(受診者との続柄)	
		保険種別	協・組・船・共 国(組・一般・退)	協・組・船・共 国(組・一般・退)	
		記号・番号			
		被保険者証 発行機関名			
		所在地			
		保険者番号			
受診者と同じ 医療保険の 加入者(続柄)	() () () ()	() () () ()			
保護者	フリガナ				
	氏 名	(受診者との続柄)	(受診者との続柄)		
	住 所	〒	〒		

(1) 氏名、住所変更の場合は、①変更が生じた受診者または申請者の属する世帯員全員の住民票、②受給者証を添付してください。ただし、*「同意します」の場合は、富山市に住民票のある方は不要となります。

(2) 加入医療保険の変更の場合は、①受診者及び受診者と同じ医療保険に加入する方全員の健康保険証の写し、②同意書、③高額療養費の所得区分の確認に伴う必要書類(別紙2参照)、④受給者証、を添付してください。