

小児慢性受給者証記載事項変更届 兼 変更申請書

対象児童	フリガナ 氏名		性別	生年月日
	受給者番号		男・女	年 月 日 (歳)
保護者	フリガナ 氏名		個人番号	
	住所	〒	電話番号（日中連絡がつく番号を記入してください）	
住所	対象児童との続柄（ ）		個人番号	
	対象児童の住所と異なる場合は記入してください。 〒			

事項	変更前	変更後
<input type="checkbox"/> 対象児童の氏名		
<input type="checkbox"/> 保護者の氏名 (保護者の変更も含む)	続柄 ()	続柄 ()
<input type="checkbox"/> 住所・連絡先 住所を変更する者に☑ をつけてください <input type="checkbox"/> 受診者及び保護者 <input type="checkbox"/> 受診者のみ <input type="checkbox"/> 保護者のみ	〒 電話番号 ()	〒 電話番号 ()
<input type="checkbox"/> その他の事項		

事項	変更後
<input type="checkbox"/> 医療保険	保険種別 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 船員 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 日雇 <input type="checkbox"/> 国保(一般) <input type="checkbox"/> 国保(退職) <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 生活保護
	保険者番号 被保険者名
	保険者名
	記号 番号
<input type="checkbox"/> 支給認定基準世帯員	※世帯調書を記入してください。
<input type="checkbox"/> 受診医療機関 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	医療機関名
	所在地
変更年月日	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費医療受給者証に記載された事項の変更について、上記のとおり届出（申請）します。また、この届出（申請）にあたり、私の世帯の住民基本台帳、課税状況、生活保護受給状況について調査することに同意します。

年 月 日
八王子市長 殿

届出（申請）者氏名

- ・受給者証を必ずお持ちください。
- ・保護者・医療保険に変更がある場合は、保険証の写し・同意書・世帯調書を添付してください。
- ・世帯調書を添付の場合、この書類にマイナンバーを記入する必要はありません。

収受印

市事務処理欄【担当： 】

証訂正	<input type="checkbox"/> 済（ <input type="checkbox"/> コピー済） <input type="checkbox"/> 未
証発行	<input type="checkbox"/> 当日（ <input type="checkbox"/> 住所変更 <input type="checkbox"/> 医療機関） <input type="checkbox"/> 後日
身元確認	<input type="checkbox"/> あり（書類： ） <input type="checkbox"/> なし
番号確認	<input type="checkbox"/> あり（書類： ） <input type="checkbox"/> なし

階層区分の変更	<input type="checkbox"/> あり（ → ） <input type="checkbox"/> なし
世帯内按分	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
保険者照会	<input type="checkbox"/> 要（ / 済） <input type="checkbox"/> 不要