

# 小児慢性特定疾病医療給付変更届

年 月 日

相模原市長 あて

届出者 住 所 :

氏 名 :

受給者との続柄 :

連 絡 先 :

次のとおり変更したので届け出ます。

フリガナ 氏 名		個人番号		
生年月日	年 月 日 生	受給者 番 号		
変更事項 (該当する項目に ☑をすること)	<input type="checkbox"/> 氏名の変更 <input type="checkbox"/> 住所の変更 <input type="checkbox"/> 加入医療保険の変更 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
変更年月日	年 月 日			
変 更 前		変 更 後		添付書類
氏名		氏名		不要
住所		住所		不要
加入医療保険 保険者名 : 保険者番号 : 記号 : 番号 : 枝番 :		加入医療保険 保険者名 : 保険者番号 : 記号 : 番号 : 枝番 :		・同意書 ・医療保険の 資格確認書等 の写し
被保険者(世帯主)氏名 : 被保険者の個人番号* :		被保険者(世帯主)氏名 : 被保険者の個人番号* :		
その他		その他		確認できる 書類
備考欄				

※これまでの医療受給者証は、ご都合の良いときに返却してください。

※疾病及び自己負担上限額の変更はこの変更届ではなく、支給認定申請書をご提出ください。

※認定期間中に受診する指定医療機関が変わる場合の届出は不要です。

※医療保険の資格確認書の写し：資格情報のお知らせ、マイナポータルの保険情報画面、旧健康保険証

※社保・共済は、被保険者(保護者)と受給者本人分、国保・国保組合は、加入者全員分が必要です。

\*「医療保険の資格確認書の写し」の添付がない場合は、被保険者の個人番号をご記入ください。

※国保組合(建設国保組合等)の加入者は、課税証明書が必要になる場合があります。