

福島県小児慢性特定疾病医療受給者証記載事項等変更届

| | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 受給者番号 | | | | | | | | | |
| 受診者氏名 | | | | | | | | | |

| |
|---------------|
| 保 福 受 付 年 月 日 |
| |

| 旧 (変更前) | | 新 (変更後) | | | |
|---------|------|---------|--|------|------|
| 受診者氏名 | カナ氏名 | | | | |
| | 漢字氏名 | | | | |
| | 個人番号 | | | | |
| 保護者氏名 | カナ氏名 | | | | |
| | 漢字氏名 | | | | |
| | 個人番号 | | | 身元確認 | 番号確認 |

| | | | | | | | | | | | |
|-----|--------------------|--|--------------|--|---------|----------|---|--|----------|--|--|
| 住 所 | 住所を変更する者に○をつけて下さい。 | | 1. 受診者および保護者 | | | 2. 受診者のみ | | | 3. 保護者のみ | | |
| | 市 町 村 名 | | | | 郵 便 番 号 | | | | | | |
| | 市・町・村 | | | | | | - | | | | |
| | 字・番地 | | | | | | | | | | |
| | マンション・アパート名 | | | | | | | | | | |
| | 電話番号 | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---------|---------|---|--|--|--------------------------------|------------------------|--|--|-----|
| 加 入 保 険 | 被保険者名 | | | | 変更年月日 | 年 月 日からの変更 | | | |
| | 保険種別 | 1.協会けんぽ 2.組合 3.共済 4.国保(一般) 5.国保(退職) 6.国保組合 7.生保 | | | | | | | |
| | 受診者との続柄 | | | | 限度額適用認定証又は 限度額適用・標準負担額減額認定証 | 無・有 | | | |
| | 保険者番号 | | | | | 被保険者の市町村民税 非課税該当の有無 | | | 無・有 |
| | 保険者名 | | | | | | | | |
| 記号・番号 | | | | | | | | | |

※記号と番号の間は1マスあけてください。

福島県小児慢性特定疾病医療受給者証の一部〔氏名、住所、加入保険〕を上記のとおり変更しましたので届け出ます。

令和 年 月 日 申請者 住 所 _____
 氏 名 _____ (受診者との続柄 _____)
 福島県知事 様 電話番号 _____

〈記入に当たっての注意事項〉

- 注1) 変更箇所のみ記入すること。
- 注2) 氏 名・・・・・・・・カナ、漢字とも姓と名の間を1マスあける。
- 注3) 電話番号・・・・・・・・市外局番-局番-番号

- 注4) [] は記入しない。(保健福祉事務所で記入)
- 注5) 届け出のときは受給者証に加え、変更内容を証明する書面(住民票、戸籍抄本等)を添付すること。