

小児慢性特定疾病医療受給者証等記載事項変更届

受 診 者	ふりがな		年 齢	歳	生 年 月 日		
	氏 名				年 月 日		
	個人番号						
	ふりがな						
	住 所		〒				
保 護 者	ふりがな		受診者との 関係				
	氏 名						
	個人番号						
	ふりがな						
住 所 (児童と異なる場合に記入)		〒					
受 給 者 番 号							
変 更 の あ る 事 項 に <input checked="" type="checkbox"/>	事 項		変 更 前		変 更 後		
	<input type="checkbox"/>	児童に関する事項 (氏名・住所・生年月日等)					
	<input type="checkbox"/>	保護者に関する事項 (氏名・住所・電話番号等)					
	<input type="checkbox"/>	被保険者証に関する事項 (記号及び番号・保険者名・保 険者所在地・受診者と同一の加 入者等)					
	<input type="checkbox"/>	医療保険の適用区分					
<input type="checkbox"/>	その他の事項						
備 考							
<p>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、上記のとおり届け出ます。 また、小児慢性特定疾病医療費助成に係る医療の給付を受けるにあたり必要があるときは、上記受診者の医療保険上の所得区分に関する情報につき、長崎県が加入する医療保険者に報告を求め、また医療保険者が長崎県へ回答することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">届出者氏名</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">長崎県知事 様</p>							

※ 自己負担上限額（所得区分・人工呼吸器装着・高額かつ長期・重症患者認定）及び疾病名の変更については、支給認定の変更を行うため、支給認定申請書（変更）に記載し申請すること。