

記入例

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	くまもと はなこ		性 別 男 ・ 女 年 齢	10	生 年 月 日	
	氏 名	熊本 花子				平成21年6月3日	
	個人番号	123456789012				歳 平 成 年 月 日	
	ふりがな	くまもと しちゅうおうくてとりほんまち					
	住 所	熊本市中央区手取本町1番1号					
保 護 者	ふりがな	くまもと たろう			受診者との関係	父	
	氏 名	熊本 太郎					
	個人番号	123456789012					
	ふりがな						
	住 所 (児童と異なる場合に記入)						
受 給 者 番 号		受給者証の番号うを記載					
変 更 の あ る 事 項 に	事 項	変 更 前		変 更 後			
	<input type="checkbox"/>	児童に関する事項 (氏名・性別・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 checked="" type="checkbox"/>	医療保険の適用区分			変更となる事項の欄に記入してください。		
<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。</p> <p style="text-align: center;">届出者氏名</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center; gap: 20px;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px 15px;">申請日を記入してください。</div> </div> <p style="text-align: right;">熊本市長 (宛)</p>							

※1 届出者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとする。

※2 指定医療機関、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(※3))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。

個人番号 関係	身元確認 (本人・代理人)	未済・済	1 個人番号カード 2 運転免許証 3 その他 ()
	個人番号確認	未済・済	1 個人番号カード 2 通知カード