

水戸市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	生 年 月 日
	氏 名		歳	H R 年 月 日
	ふりがな	電 話 番 号		
	住 所	〒		
保 護 者	ふりがな		受診者との 関係	
	氏 名			
	ふりがな		電 話 番 号	
	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 ☑	事 項	変 更 前	変 更 後	
	<input type="checkbox"/>	受診者に関する事項 (氏名・住所・電話番号等)		
	<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・受 診者と同一の加入者等)		
	<input checked="" type="checkbox"/>	医療保険の適用区分		
	<input type="checkbox"/>	個人番号※2	別紙様式1-1「世帯調書」に記載してください。	
	<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;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">届出者氏名</p> <p style="text-align: center;">水戸市長 様</p>				

※1 申請にあたっては、以下の書類を添付してください。
 ・氏名又は住所の変更・・・受給者証。
 ・被保険者証の変更・・・受給者証、保険証の写し。
 ※2 個人番号が変更になった場合には、個人番号と身元の確認が必要になります。