

## 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	
	個人番号（マイナンバー）			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				
	個人番号（マイナンバー）				
	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"/>	加入医療保険に関する事項 (記号及び番号・保険者名・受 診者と同一の加入者等)			
	<input 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><input type="checkbox"/> 変更にあたり、必要があると認められる場合は、住民記録情報及び加入医療保険情報の確認に関して必要な情報を照会・取得されることに同意します。 (同意される場合、□に☑を記入してください。)</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。
- ・加入医療保険の変更・・・受給者証、加入医療保険が分かる書類（①又は②）。

① 資格情報のお知らせ又は資格確認書（資格情報のお知らせについては切り取っていないもの）

② 資格情報画面の印刷（マイナポータルからダウンロードしたもの）

※上記の「加入医療保険情報の確認に関して必要な情報の照会・取得に同意」される場合、確認書類は不要

※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。