（様式第６号）

特定医療費（指定難病）受給者証等記載事項変更届

受診者	フリガナ		年齢	歳	生　年　月　日
	氏　　名				年　　月　　日
	フリガナ				
	住　　所	〒			
児童の保護者	フリガナ		受診者との関係		
	氏　　名				
	フリガナ				
	住所（受診者と異なる場合に記入）	〒			
受給者番号					

		事　　項	変　更　前	変　更　後
変更のある事項に☑	□	受診者に関する事項 氏　　名 住　　所 電話番号		（変更年月日：　　年　　月　　日）
	□	受給者に関する事項 氏　　名 住　　所 電話番号		（変更年月日：　　年　　月　　日）
	□	被保険者証に関す事項 記号・番号 限度額適用認定等 適用区分		（変更年月日：　　年　　月　　日）
	□	個人番号に関する情報 氏　　名 個人番号		（変更年月日：　　年　　月　　日）

備　　考	

私は、特定医療費支給認定申請書及び特定医療費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。

受　診　者　氏　名
（又は児童の保護者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

年　　月　　日

保健所長　様

保健所収受印欄

※　指定医療機関、自己負担上限月額（所得区分・加入医療保険（受診者と同一の加入者の変更を含む）・人工呼吸器装着・軽症高額該当・高額かつ長期）及び指定難病の名称の変更については、支給認定の変更を行うため、特定医療費支給認定申請書（変更）に記載し申請すること。

保健所記入欄	申請者の本人確認	１つで可	□運転免許証　□身体障害者手帳　□個人番号カード　□その他（　　）
		２つ以上	□医療保険証　□住民票　□所得・課税証明書　□介護保険証　□その他（　　）
	受診者等の番号確認		□通知カード　□住民票（個人番号付き）　□個人番号カード　□その他（　　）