

小児慢性特定疾病医療受給者証／登録者証等 変更申請書

受診者／ 要支援者	フリガナ		年齢	歳	生 年 月 日
	氏 名				年 月 日
	フリガナ		連絡先		
	住 所				

受給者番号

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"/>	階層区分に関する事項 (生活保護、世帯按分、重症(高額かつ長期含む)該当、世帯員の変更、被保険者証の変更に伴う変更)				
<input type="checkbox"/>	登録者証に関する事項 (氏名)				
<input type="checkbox"/>	疾病に関する事項 <input type="checkbox"/> ①疾病追加 <input type="checkbox"/> ②疾病変更 <input type="checkbox"/> ③人工呼吸器等 <input type="checkbox"/> ④重症基準に該当 追加・変更する疾病名	①または②の場合	逾りの希望 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無し 小児慢性特定疾病の医療費の支給を開始することが適当と考えられる日 年 月 日 上記が1か月以上前の年月日となっている理由 <input type="checkbox"/> 医療意見書の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 症状の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> 大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他 ()		
<input type="checkbox"/>	受診を希望する 指定医療機関		医療機関名	所在地	
<input type="checkbox"/>	その他事項				

備 考

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、上記のとおり申請します。

年 月 日 申請者 氏 名
 ※18歳以上は 住 所
 患者本人
 前橋市長 あて