様式第５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	受給者番号					
	フリガナ		年齢	歳	生年月日	
	氏名				年　月　日	
	居住地	〒			電話番号	
保護者	フリガナ		受診者との関係			
	氏名					
	居住地	〒	電話番号			

変更のある事項にレ印		事項	変更前	変更後
	□	受診者に関する事項（氏名・居住地・電話番号等）		
	□	保護者に関する事項（氏名・居住地・電話番号等）		
	□	被保険者証に関する事項（記号及び番号・保険者名等）		
	□	支給認定基準世帯員（受診者と同じ医療保険に加入する者）に関する事項（氏名・個人番号）		
	□	その他の事項		
備考				

年　月　日

愛媛県知事　様

届出者氏名

注１　届出者について、受診者本人又は保護者以外の場合は、委任状が必要。
　２　保護者の居住地及び電話番号は、受診者本人と異なる場合に記入。
　３　指定医療機関、自己負担上限額（所得区分、人工呼吸器・体外式補助人工心臓装着者、高額かつ長期）及び指定難病の名称の変更は、特定医療費（指定難病）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）

世帯員変更〔 有 ・ 無 〕	＿＿年度課税〔 有 ・ 無 〕※社保のみ	保険加入〔 有 ・ 無 〕※生保のみ
本人（又は保護者）年収　□80 万円超　□80 万円以下　※Ｂ１又はＢ２に変更予定の場合のみ		
□障害年金あり　□遺族年金あり　□特別障害者手当あり　□特別児童扶養手当あり □その他収入あり（　　）　□その他収入なし		