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） |  |  |
| □ | 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 |