

変更届出書

保険変更
住所・氏名変更
送付先変更
再交付
再交付
返還

特定医療費（指定難病）変更届出書

※太枠内を記載してください。変更した事項に☑とその内容を記載してください。

受給者番号							
-------	--	--	--	--	--	--	--

患者	フリガナ							性別	生年月日			
	<input type="checkbox"/> 氏名							男・大 女・昭・平 令	年	月	日	年齢
	<input type="checkbox"/> 個人番号											
	フリガナ <input type="checkbox"/> 住所	〒						<input type="checkbox"/> 電話番号	-	-		
保護者 (患者が18歳未満の場合に記入)	フリガナ							続柄	生年月日			
	<input type="checkbox"/> 氏名							明・大 昭・平	年	月	日	
	<input type="checkbox"/> 個人番号											
	フリガナ <input type="checkbox"/> 住所	〒						<input type="checkbox"/> 電話番号	-	-		
送付先 (患者(患者が18歳未満の場合には保護者)住所以外を希望する場合に記入)	フリガナ								続柄			
	<input type="checkbox"/> 氏名											
	フリガナ <input type="checkbox"/> 住所	〒						電話番号	-	-		
<input type="checkbox"/> 患者加入の医療保険	保険者名					保険者番号						
	被保険者氏名					記号・番号						
<input type="checkbox"/> 再交付	再交付の理由	<input type="checkbox"/> 紛失のため <input type="checkbox"/> き損、汚損のため <input type="checkbox"/> その他()				再交付を希望するもの	<input type="checkbox"/> 受給者証+自己負担上限月額管理票 <input type="checkbox"/> 受給者証のみ					
<input type="checkbox"/> 返還	返還事由	<input type="checkbox"/> 治ゆ <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> その他()				発生年月日	令和	年	月	日		

私は、特定医療費受給者証に記載された事項の変更・返還・再交付等について、上記のとおり届出します。

令和 年 月 日

宮城県知事 殿

届出者氏名

以下記載不要です
保健所使用欄

添付書類チェック (保険変更)
<input type="checkbox"/> 保険証写し <input type="checkbox"/> 税証明(非課税の場合) <input type="checkbox"/> 保険照会同意書 <input type="checkbox"/> 受給者証写し <input type="checkbox"/> 無収入証明書(宮城県建設業国組のみ)

添付書類チェック (住所・氏名・送付先変更)
<input type="checkbox"/> 変更内容がわかるもの(送付先変更を除く) <input type="checkbox"/> 受給者証写し <input type="checkbox"/> 再交付希望 → 有・無

添付書類チェック (再交付)
<input type="checkbox"/> き損、汚損受給者証(提出があった場合)

添付書類チェック (返還)
<input type="checkbox"/> 受給者証原本 <input type="checkbox"/> 管理票原本

HCNo