

変更届出書

保険変更
住所・氏名変更
送付先変更
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		
	☐ 氏名							男・女	明・大 昭・平 令	年 月 日	年齢
	☐ 個人番号										
	フリガナ ☐ 住所	〒						☐ 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		
	☐ 氏名								明・大 昭・平	年 月 日	
	☐ 個人番号										
	フリガナ ☐ 住所	〒						☐ 電話番号	- -		
送付先 (患者(患 者が18歳 未満の場 合は保護 者)住所 以外を希 望する場 合に記入)	フリガナ								続柄		
	☐ 氏名										
	フリガナ ☐ 住所	〒						電話番号	- -		
☐ 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			
☐ 再交付	再交付の理由	☐ 紛失のため ☐ き損、汚損のため ☐ その他 ()						再交付を希 望するもの	☐ 受給者証+自己負担上限月額管 理票 ☐ 受給者証のみ		
☐ 返還	返還事由	☐ 治ゆ ☐ 死亡 ☐ 転出 ☐ 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。

宮城県知事

殿

令和 年 月 日

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)
☐ 保険証写し (ロマイナ 省略の場合) ☐ 税証明 (非課税の場 合) ☐ 保険照会同意書 ☐ 受給者証写し ☐ 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)
☐ 変更内容がわかるもの (送付先変更を除く) ☐ 受給者証写し ☐ 再交付希望 → 有・ 無

添付書類チェック (再交付)
☐ 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)
☐ 受給者証原本 ☐ 管理票原本

HCNo

--