

変更届出書

保険変更
住所・氏名・送付先変更
再交付

小児慢性特定疾病支給認定申請書

※太枠内を記載してください。変更となったカ所に☑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 ・ 女	平成 ・ 令和	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	-	-		
保護者 (患者が 18歳未満 の場合の み記入)	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 満の場合は 保護者)住 所以外を希 望の場合に 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"/> 患者が 加入してい る医療保険	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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<input type="checkbox"/> 受給者証+月額管理表 <input type="checkbox"/> 受給者証のみ				
<input type="checkbox"/> 返還	返還事由	治ゆ・死亡・転出・他法・ その他 ()	発生 年月日	年 月 日								

私は、小児慢性特定医療費医療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)
<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"/> 再交付希望の有無確認

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