

長野県特定疾病医療費 受給者証等記載事項変更届

| 長野県特定疾病医療費 受給者証等記載事項変更届 | | | | | | | |
|--|-------------------------------------|--|-------------|-----|----------------|---------|---------|
| 受 診 者 | フリガナ | | 性 別 | 男・女 | 年 齢 | 歳 | 生 年 月 日 |
| | 氏 名 | | | | | | 年 月 日 |
| | フリガナ | | | | | | |
| | 住 所 | 〒 | | | | | |
| 児 童 の 保 護 者 | フリガナ | | 受診者との 関係 | | | | |
| | 氏 名 | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | |
| | 住所（受診者と異なる場合に記入） | 〒 | | | | | |
| 受 給 者 番 号 | | | | | | | |
| 変 更 の あ る 事 項 に | 事 項 | | 変 更 前 | | 変 更 後 | | |
| | <input type="checkbox"/> | 受診者に関する事項 氏 名 住 所 電話番号 | | | (変更年月日： 年 月 日) | | |
| | <input type="checkbox"/> | 受給者に関する事項 氏 名 住 所 電話番号 | | | (変更年月日： 年 月 日) | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | 被保険者証に関する事項 記号・番号 限度額適用認定等 適用区分 | | | (変更年月日： 年 月 日) | | |
| 備 考 | | | | | | | |
| 私は、長野県特定疾病医療費支給認定申請書及び長野県特定疾病医療費受給者証に記載された事項の変更について、上記のとおり届け出ます。 | | | | | | 保健所收受印欄 | |
| 受 診 者 氏 名 (又は児童の保護者氏名) | | | | | | | |
| 印（自署または記名押印） | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | |
| | | | | | | 保健所長 様 | |

※1 届出者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

※2 医療機関、自己負担上限月額（所得区分・加入医療保険（受診者と同一の加入者の変更を含む）・人工呼吸器装着・軽症高額該当・高額かつ長期）及び特定疾病の名称の変更については、支給認定の変更を行うため、特定疾病医療費支給認定申請書（変更）に記載し申請すること。