

特定医療受給者証等記載事項変更届

受給者番号

--	--	--	--	--	--	--	--

受診者名 _____

◎変更される事項に☑をし、新しい情報を記載してください。

受診者に関する事項

<input type="checkbox"/>	氏名	フリガナ																				
	個人番号																					
<input type="checkbox"/>	住所																					
		〒																				
<input type="checkbox"/>	電話																					
		自宅											携帯									

- ・氏名変更は、変更後の氏名が分かるものの写しを添付してください。
- ・住所変更は、変更後の住所が分かるものの写しを添付してください。

加入医療保険に関する事項

被保険者氏名	フリガナ	受診者との続柄	本人 ・ 家族
保険種別	協会健保・健保組合・共済・国保・後期高齢・国保組合・その他・生保	記号・番号	
保険者		保険者番号	

・加入医療保険に関する事項の変更により医療保険上の世帯員が変わり、自己負担上限額（階層区分）を変更する場合は、特定医療費支給認定申請書（変更）に必要書類を添付して申請してください。

申請者に関する事項

申請者区分 (該当に☑)	<input type="checkbox"/> 受診者	※申請者は原則受診者です。申請者欄の記載は不要です。
	<input type="checkbox"/> 保護者	※受診者が18歳未満の場合は、保護者が申請者となります。
	<input type="checkbox"/> その他	※別途、委任状等の提出が必要です。
氏名	フリガナ	電話
個人番号※		←※申請者が保護者の場合のみ記入してください。
住所	〒	
	フリガナ	

◎希望される受給者証等の送付先に☑をしてください。

<input type="checkbox"/>	受診者	
<input type="checkbox"/>	保護者	
<input type="checkbox"/>	その他	氏名 フリガナ 住所 〒 -

奈良県知事 殿

保健所受付印

私は、特定医療費支給認定申請書及び特定医療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。

年 月 日

届出者氏名 _____

受診者との続柄 ()

整理欄

※指定医療機関、自己負担上限額（階層区分・人工呼吸器等装着・軽症高額該当・高額かつ長期・世帯内按分）及び指定難病の名称変更については、支給認定の変更を行うため、特定医療費支給認定申請書（変更）に必要書類を添付して申請すること。

世帯調書

○住民票上の世帯全員について記載してください。

住民票が別でも同じ医療保険に加入している方が他にいる場合は、その方も記載してください。

※ 申請日が1～6月の場合は前年の、7～12月の場合は当年の1月1日時点の住所地（市町村民税の課税地）を記載してください。

世帯員氏名		生年月日			受診者との続柄			住民票が別の場合に○		受診者と同じ保険の加入者に○		加入医療保険種別と被保険者・被扶養者の別	
1	フリガナ				受診者本人							協会健保・健保組合・共済・国保・後期高齢・国保組合・その他・生保 被保険者・被扶養者	
	個人番号				-							情報連携により省略する書類 <input type="checkbox"/> 加入医療保険情報	
	1月1日時点の住所地※ <input type="checkbox"/> 現在の住所と同じ <input type="checkbox"/> 現在の住所と異なる (右枠内に記載ください)					都・道 府・県		市・区 町・村					
2	フリガナ				夫・妻・子・父・母 兄・弟・姉・妹 その他()							協会健保・健保組合・共済・国保・後期高齢・国保組合・その他・生保 被保険者・被扶養者	
	個人番号				-							情報連携により省略する書類 <input type="checkbox"/> 加入医療保険情報	
	1月1日時点の住所地※ <input type="checkbox"/> 受診者の住所と同じ <input type="checkbox"/> 受診者の住所と異なる (右枠内に記載ください)					都・道 府・県		市・区 町・村					
3	フリガナ				夫・妻・子・父・母 兄・弟・姉・妹 その他()							協会健保・健保組合・共済・国保・後期高齢・国保組合・その他・生保 被保険者・被扶養者	
	個人番号				-							情報連携により省略する書類 <input type="checkbox"/> 加入医療保険情報	
	1月1日時点の住所地※ <input type="checkbox"/> 受診者の住所と同じ <input type="checkbox"/> 受診者の住所と異なる (右枠内に記載ください)					都・道 府・県		市・区 町・村					
4	フリガナ				夫・妻・子・父・母 兄・弟・姉・妹 その他()							協会健保・健保組合・共済・国保・後期高齢・国保組合・その他・生保 被保険者・被扶養者	
	個人番号				-							情報連携により省略する書類 <input type="checkbox"/> 加入医療保険情報	
	1月1日時点の住所地※ <input type="checkbox"/> 受診者の住所と同じ <input type="checkbox"/> 受診者の住所と異なる (右枠内に記載ください)					都・道 府・県		市・区 町・村					
5	フリガナ				夫・妻・子・父・母 兄・弟・姉・妹 その他()							協会健保・健保組合・共済・国保・後期高齢・国保組合・その他・生保 被保険者・被扶養者	
	個人番号				-							情報連携により省略する書類 <input type="checkbox"/> 加入医療保険情報	
	1月1日時点の住所地※ <input type="checkbox"/> 受診者の住所と同じ <input type="checkbox"/> 受診者の住所と異なる (右枠内に記載ください)					都・道 府・県		市・区 町・村					