

小児慢性特定疾病医療費支給認定変更届出書

年 月 日

神奈川県 保健福祉事務所長殿

届出者 居住地

氏名

㊞

児童福祉法施行規則第7条の9第3項の規定により、次のとおり届け出ます。

受給者番号												
受診者	氏名						生年月日			年月日		
	〒						電話番号					
	個人番号											
保護者	氏名						受診者との続柄					
	〒						電話番号					
	個人番号											

変更年月日	年月日
-------	-----

変更事項（変更があった事項のみ記入してください。）

受診者に関する事項	(フリガナ)氏名						性別			男・女		
	〒						電話番号					
	個人番号											
	加入医療保険		保険種別		協会・組合・共済・国保・船員・生活保護・その他( )							
被保険者氏名						受診者との続柄						
被保険者証等の発行機関名												
被保険者証等の記号・番号												
保護者に関する事項	(フリガナ)氏名						受診者との続柄					
	〒						電話番号					
	個人番号											

医療費算定対象世帯員に関する事項	氏名	受診者との続柄	生年月日	加入医療保険		個人番号															
				保険種別	本人・家族																
医療費支給認定基準世帯員			年月日																		
			年月日																		
			年月日																		
			年月日																		
上記以外			年月日			/															
			年月日																		
			年月日																		
			年月日																		

備考 1 「医療費算定対象世帯員に関する事項」の欄について、記入欄が不足する場合は、「別紙のとおり」と記入し、別紙を添付してください。  
 2 氏名を本人が自筆で記入したときは、押印を省略することができます。