

特定医療費（指定難病）受給者証記載事項等変更届

本人確認欄	
-------	--

受診者	フリガナ						性別	男・女	生年月日	年 月 日 (歳)	
	氏 名										
	個人番号										
	フリガナ										
受診者の保護者 (受診者が18歳未満の場合に記入すること。)	フリガナ						受診者との続柄				
	氏 名										
	個人番号										
	フリガナ										
	住 所	(郵便番号)					(電話番号)				
	住 所	(郵便番号)					(電話番号)				
	住 所	(郵便番号)					(電話番号)				
	住 所	(郵便番号)					(電話番号)				
	受給者番号										
	変更事項	変 更 前					変 更 後				
	<input type="checkbox"/> 受診者に関する事項 (氏名、住所及び電話番号)										
	<input type="checkbox"/> 受診者の保護者に関する事項 (氏名、住所及び電話番号)										
	<input type="checkbox"/> 被保険者証に関する事項 (種別、記号及び番号、保険者の名称並びに受診者同一の医療保険に加入している者の氏名及び個人番号)										
	<input type="checkbox"/> 医療保険の適用区分										
	<input type="checkbox"/> 支給認定基準世帯員に関する事項 (氏名及び個人番号)										
	<input type="checkbox"/> その他	1 治癒 2 死亡 3 その他 ()									
	変 更 年 月 日	年 月 日									
<p>特定医療費支給認定申請書及び特定医療費受給者証の記載事項に変更があったので、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第13条第1項の規定により、上記のとおり届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>届出者 (受診者又はその保護者) 住 所 氏 名</p> <p>山形県知事 殿 (記名押印又は署名)</p>											
届出を委任する場合	<p>私は、この届出に係る書類の提出及び受領に関する権限並びに個人番号（行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に定める個人番号をいう。）を提供する権限を次の者に委任します。</p> <p>氏名 _____ 届出者 _____ 住所 〒 _____ 氏名 _____ 電話番号 _____ (印)</p>										

備考 1 変更がある事項の□にレ印を記入し、変更後の内容を記入すること。
2 「性別」及び「その他」の欄については、該当するものを○で囲むこと。