

小児慢性特定疾病医療受給者証等記載事項変更届

受 診 者	受給者番号		年 月 日 交付	
	ふりがな		年 月 日生	
	氏 名		(歳)	
	個人番号		電話	- -
(被 保 険 者 等)	ふりがな		年 月 日生	
	氏 名		年 月 日生	
	個人番号		電話	- -

＜変更内容＞※変更のあった箇所のみを記入してください

変更年月日

年 月 日

受 診 者			変更前	変更後
	ふりがな			
	氏 名			
	住 所		〒 -	〒 -
	電話番号		- -	- -
	加入医療保険に関する事項	記 号		
		番 号		
		保険者番号		
受診者と同一の加入者				
(被 保 険 者 等)	ふりがな			
	氏 名			
	住 所		〒 -	〒 -
	電話番号		- -	- -
その他の事項 ()				

年 月 日

上記のとおり、記載事項に変更がありましたので、届け出ます。

※申請者…18 歳未満の場合は保護者(被保険者等)、18 歳以上の場合は受診者本人

申請者 氏名

(宛先) 高 槻 市 長

※上記の申請者以外の方が来所し、当該変更届を記入される場合は、この欄へ記入してください。

(届出者) 氏名： _____ 受診者との続柄 ()

＜以下 高槻市記入欄＞

☐ 個人番号収集有

☐ 本人確認 1 点⇒【マイナンバーカード・運転免許証・旅券・ ()】

2 点⇒【資格確認書等・児童扶養手当証書・生活保護受給証明書・ ()】

☐ 個人番号確認【マイナンバーカード・個人番号通知書・住民票・住基端末】

☐ 代理権確認 【戸籍等・委任状・小児慢性特定疾病医療受給者証・被保険者しか持ち得ない書類】

(マイナンバーカード・運転免許証・旅券等・ ())

☐ 個人番号収集なし

☐ 住基確認済み