

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	ふりがな		性 別	年 齢	生 年 月 日
	氏 名		男 ・ 女	歳	平成 年 月 日
	ふりがな		電 話 番 号		
	住 所	〒			
保 護 者	ふりがな		受 診 者 と の 関 係		
	氏 名				
	ふりがな		電 話 番 号		
	住 所 (児童と異なる場合に記入)	〒			
受 給 者 番 号					
変 更 の あ る 事 項 に <input checked="" type="checkbox"/>	事 項		変 更 前		変 更 後
	<input type="checkbox"/>	受診者に関する事項 (氏名・住所・電話番号等)			
	<input type="checkbox"/>	保護者に関する事項 (氏名・住所・電話番号等)			
	<input type="checkbox"/>	被保険者証に関する事項 (記号及び番号・保険者名・受 診者と同一の加入者等)			
	<input type="checkbox"/>	医療保険の適用区分			
	<input type="checkbox"/>	その他の事項			
備 考					
<p>私は、小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書及び小児慢性特定疾病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。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">茨城県知事 殿</p> <p style="text-align: right; margin-right: 20%;">届出者氏名</p> <p style="text-align: right; margin-right: 20%;">印</p>					

※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。
 ・氏名又は住所の変更・・・受給者証、住民票の写し。
 ・被保険者証の変更・・・受給者証、保険証の写し。