

特定医療費（指定難病）受給者証記載事項等変更届

受診者	フリガナ											生年 月日	年 月 日 (歳)
	氏 名												
	個人番号												
	住 所	(郵便番号) (電話番号) (日中連絡が取れる電話番号)											
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												
	住 所 (受診者と同じ場 合は記入不要)	(郵便番号) (電話番号) (日中連絡が取れる電話番号)											
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 称並びに受診者と同 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 style="text-align: right;">届出者(受診者又はその保護者)</p> <p style="text-align: right;">住 所</p> <p style="text-align: right;">氏 名 _____</p> <p>山形県知事 殿</p>													
届出手続等 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>受任者 氏 名 _____ (受診者との続柄 _____)</p> <p>住 所(郵便番号 _____) 届出者(受診者又はその保護者)</p> <p>電話番号 _____ 氏 名 _____</p>												

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