

特定医療費（指定難病）受給者証等記載事項変更届

受診者	フリガナ		年齢	生年月日
	氏名		歳	大昭和平成 年 月 日
	フリガナ			
保護者	住所 (住所変更がある場合は新住所)	〒		(電話 - -)
	フリガナ		受診者との続柄	
	住所 (受診者と異なる場合に記入)	〒		(電話 - -)
受給者番号				
変更年月日		年 月 日		
変更のある事項に☑	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)			
	<input type="checkbox"/> 送付先もしくは保護者に関する事項 (氏名・住所・電話番号)			
	<input type="checkbox"/> 被保険者証に関する事項 (記号及び番号・保険者名)			
窓口確認欄		<input type="checkbox"/> 医療保険の変更(国・後・社)→(国・後・社) <input type="checkbox"/> 世帯員(人)→(人) <input type="checkbox"/> 被保険者の変更 有 ・ 無		
備考				

広島県知事 様

私は、特定医療費支給認定申請書及び特定医療費受給者証に記載された事項の変更について、次の事項に同意します。

- ・情報連携にあたり必要がある場合には、広島県が患者及び世帯員（以下「患者ら」という。）の個人番号を調査し、情報連携に用いること。
- ・患者らの個人番号から、医療保険の資格情報を調査すること。
- ・広島市から転入するにあたり必要があるときは、私（又は患者）の受給者データにつき、広島県が広島市から情報提供を受けること。

年 月 日

届出者氏名 _____

※1 氏名の変更の場合は住民票の写し、医療保険の変更の場合は医療保険の資格情報を確認できる書類を添付すること。

※2 自己負担上限額（所得区分・人工呼吸器装着・軽症高額該当・高額かつ長期）の変更については、支給認定の変更を行うため、特定医療費（指定難病）支給認定申請書（更新・転入・変更（疾病追加を除く））に記載し申請すること。