

特定医療費(指定難病) 受給者証 記載事項変更届

患者	フリガナ				年 齢		生 年 月 日									
	氏 名				歳		大正 昭和 平成 令和		年		月		日			
	受給者番号		マイナンバー													
変更のある事項に	事 項		変 更 前		変 更 後											
	☐ 患者	フリガナ			左上「患者」の欄に記載											
		氏 名			左上「患者」の欄に記載											
		住 所	〒()		〒()											
			(電話)		(電話)											
	☐ 保護者	フリガナ														
		氏 名														
		住 所	〒()		〒()											
			(電話)		(電話)											
	マイナンバー															
☒ 保険区分	保険の種類	被用者(本人・家族)・国 保 国保組合 ・ 後期高齢 ・ 生活保護		被用者(本人・家族)・国 保 国保組合 ・ 後期高齢 ・ 生活保護												
	保険者名	国保(市町村 区) 全国健康保険協会(北海道支部・ 支部) 北海道後期高齢者医療広域連合 その他()		国保(市町村 区) 全国健康保険協会(北海道支部・ 支部) 北海道後期高齢者医療広域連合 その他()												
		記号・番号														
	☐ 支給認定基準 世帯員	裏面の「世帯員」に、変更後の世帯全員をご記入ください。														
☐ 送付先住所	裏面の「送付先住所」に、変更後の送付先住所をご記入ください。															
変更年月日		令和 年 月 日														
届出者氏名記載欄 ※患者本人 (18歳未満の場合は保護者)		私は、裏面の同意事項に同意のうえ、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、届出をします。								收受印(保健センター)						
令和 年 月 日 札幌市長 様		届出者氏名 患者との関係														
※届出者の住所・電話番号が、患者本人と異なる場合は、以下に届出者の住所等を記載 〒() 電話番号(- -) 住所																
届出手続き等を 委任する場合		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(行政手続きに 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代理人に委任します。														
令和 年 月 日 届出者氏名		代理人氏名 届出者との関係														
〒() 電話番号(- -) 代理人住所																

1 自己負担上限額(所得区分・人工呼吸器装着・高額かつ長期・世帯内按分)、指定医療機関の変更及び疾病変更、疾病追加については、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(変更)に記載し申請すること。

2 自己負担上限額に影響がある場合、変更申請として取り扱う場合があります。

裏面もご確認ください→

