

千葉県特定医療費（指定難病）受給者証等記載事項変更届

千葉県特定医療費（指定難病）受給者証等記載事項変更届											
受診者	受給者番号				受給者証有効期限			年 月 日			
	フリガナ				性別	男・女	年齢	歳	生 年 月 日		
	氏 名								年 月 日		
	フリガナ				電話	固定					
	住 所					携帯					
〒 千葉県											
保護者	フリガナ				受診者との関係						
	氏 名										
	フリガナ				電話	固定					
住 所 (受診者と異なる場合に記入)				携帯							
〒 千葉県											
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 (住所・氏名・電話番号)	住所	〒			住所	〒			
			氏名				氏名				
			電話番号				電話番号				
	<input type="checkbox"/>	保護者に関する事項 (住所・氏名・電話番号)	住所	〒			住所	〒			
			氏名				氏名				
			電話番号				電話番号				
	<input checked="" type="checkbox"/>	加入医療保険者証に関する事項 (記号及び番号・保険者名称等)	被保険者氏名				被保険者氏名				
			受診者との続柄	本人 ・ 本人以外			受診者との続柄	本人 ・ 本人以外			
			保険種別	協会健保・組合・共済・国保(一般)・国保(退職)・後期高齢・国保組合・その他			保険種別	協会健保・組合・共済・国保(一般)・国保(退職)・後期高齢・国保組合・その他			
			保険者名称				保険者名称				
			記号				記号				
			番号				番号				
<input type="checkbox"/>	支給認定基準世帯員に関する事項  ※個人番号に係る調書(指定難病用)も併せて提出すること	世帯員1	氏名			世帯員1	氏名				
		世帯員2	氏名			世帯員2	氏名				
		世帯員3	氏名			世帯員3	氏名				
		世帯員4	氏名			世帯員4	氏名				
		世帯員5	氏名			世帯員5	氏名				
<input type="checkbox"/>	医療保険の適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ Ⅳ・Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ				ア・イ・ウ・エ・オ Ⅳ・Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ					
備考											
<p>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、上記のとおり届け出ます。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>届出者氏名 印</p> <p>千葉県知事 様</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。

※2 支給認定基準世帯員の変更については、個人番号に係る調書(指定難病用)も併せて提出すること。

※3 指定医療機関、自己負担上限額(階層区分・人工呼吸器装着・軽症高額該当・高額かつ長期・重症患者認定(※4))及び指定難病の名称の変更については、支給認定の変更を行うため、特定医療費支給認定申請書(変更)に記載し申請すること。

※4 重症患者認定の対象となるのは、特定疾患治療研究事業の医療費助成を受けていた方のみ。