

様式第6号(第6条関係)
太枠内をご記入ください。

小児慢性特定疾病医療受給者証(兼登録者証)等記載事項変更届									
受給者番号									
受診者/ 要支援者	ふりがな				生年月日			現在年齢	
	氏名				年 月 日				
	個人番号								
	住所	〒 -							
保護者※	ふりがな				受診者との 続柄				
	氏名								
	個人番号								
変更する事項			変更前			変更後			
変更する事項に ☒	☐	受診者に関する事項 (氏名・住所等)							
	☐	保護者に関する事項 (氏名・住所・電話番号等)							
	☐	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)							
	☐	医療保険の適用区分							
	☐	その他の事項							
備考									
上記のとおり、小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書兼小児慢性特定疾病登録者証申請書(同意書)(新規・更新・変更)及び小児慢性特定疾病医療受給者証(兼登録者証)に記載された事項の変更について届け出ます。 記載事項変更の届出に当たり、以下の事項について同意します。 ・市が、受診者の加入医療保険の資格情報について、公簿等(マイナンバーを用いた情報連携によるものを含む。)を閲覧し、又は調査すること。 ・市が、受診者が加入する医療保険者に、記載事項変更に必要な情報を照会し、情報を取得すること。 年 月 日 届出者氏名 (宛先)松本市長									

※「保護者」の欄は、受診者が満18歳未満の場合ご記入ください。
注)1 医療受給者証等必要な添付書類も併せて提出してください。

2 指定医療機関、自己負担上限月額(所得区分、人工呼吸器等装着者、高額かつ長期、重症患者認定)及び疾病名の変更については、支給認定の変更を行うため、小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書兼小児慢性特定疾病登録者証申請書(同意書)(変更)に記載し、申請してください。

松本市受付印欄