

## 福島市小児慢性特定疾病医療受給者証記載事項等変更届

受給者番号									
受診者氏名									

受 付 年 月 日

旧 (変更前)	新 (変更後)
---------	---------

受診者氏名		カナ氏名												
		漢字氏名												
		個人番号												
保護者氏名		カナ氏名												
		漢字氏名												
		個人番号												
			身元 確認						番号 確認					

住 所		住所を変更する者に○をつけて下さい。		1. 受診者および保護者    2. 受診者のみ    3. 保護者のみ				
		郵便番号						
		フリガナ						
		住所						
		マンション・アパート名						
	電話番号							

加 入 保 険		被保険者名					変更年月日	年 月 日からの変更		
	保 険 種 別	1. 協会けんぽ    2. 組合    3. 共済    4. 国保    5. 国保組合    6. 生活保護	受 診 者 の 関 係	本人 ・ 父 ・ 母 ・ その他 (       )			限度額適用認定証又は 限度額適用・標準負担額減額認定証	無 ・ 有		
		保険者番号					被保険者の市町村民税非課税 該当の有無	無 ・ 有		
	保 険 者 名	保険者名								
	記号・番号									

※記号と番号の間は1マスあけてください

福島市小児慢性特定疾病医療受給者証の一部〔氏名、住所、加入保険〕を上記のとおり変更しましたので届け出ます。

年 月 日                      申請者    住            所                      \_\_\_\_\_

氏            名                      (自署)                      \_\_\_\_\_

受診者との続柄                      \_\_\_\_\_

福島市長 様

電 話 番 号                      \_\_\_\_\_

〈記入に当たっての注意事項〉

注1) 変更箇所のみ記入すること。

注2) 氏 名・・・・・・・・・・カナ、漢字とも姓と名の間を1マスあける。

注3) 電話番号・・・・・・・・・・市外局番-局番-番号

注4)  は記入しない。(こども家庭課で記入)

注5) 届け出のときは受給者証に加え、変更内容を証明する書面(住民票、戸籍抄本等)を添付すること。