様式第12号

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							

◇変更箇所のみ記入

旧(変更前)		新(変更後)		
			氏名変更年月日	年　月　日
受診者氏名		ふりがな		
		氏 名		
保護者氏名		ふりがな		
		氏 名	受診者との関係(　　)	確認

住所等				
		住所を変更する者に○	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	—　変更年月日	年　月　日
		住 所		
		マンション・アパート名		
		電話番号	—　—	確認

加入保険					
	被保険者名	被保険者名		変更年月日	年　月　日
	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	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		
		受診者との関係	1 .本人　2. 父　3. 母　4 .その他(　　)		
		保険者番号	左詰め		
	保険者名	保険者名			
		記号・番号			

＊記号と番号の間は1マス開ける。 変更後の保険証が確認できる書面を添付すること。

福島市小児慢性特定疾病医療受給者証にかかる事項の変更について上記の通り届け出ます。

福島市長　　年　月　日

申請者

氏　名　(自署)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿受診者との続柄 ＿＿＿

住　所(受診者と異なる場合)

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＊指定医療機関、自己負担上限額(所得区分・人工呼吸器装着、高額かつ長期・重症患者認定)及び小病名の変更については、支給認定の変更を行うため、支給認定申請書(変更)に記載し申請すること。

収受欄