

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												
			住基 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		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	3. 共済 4. 国保 5. 国保組合 6. 生活保護		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																						
	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 _____

こども家庭課記入欄

認定期間	年 月 から 年 月 まで	加入保険医療区分	
来庁者確認手段 (該当に○)	マイナンバーカード・運転免許証・パスポート・健康保険証・年金手帳・その他 ()		