

小児慢性特定疾病医療受給者証等記載事項変更届

受診者	受給者番号		年 月 日 交付	
	ふりがな		年 月 日生	
	氏名		(歳)	
	個人番号		電話	- -
(被保護者等)	ふりがな		年 月 日生	
	氏名			
	個人番号		電話	- -

<変更内容> ※変更のあった箇所のみを記入してください

変更年月日

年 月 日

		変更前	変更後	
受診者	ふりがな			
	氏名			
	住所	〒 -	〒 -	
	電話番号	- -	- -	
	加入医療保険に関する事項	記号		
		番号		
		保険者番号		
		受診者と同一の加入者		
(被保護者等)	ふりがな			
	氏名			
	住所	〒 -	〒 -	
	電話番号	- -	- -	

その他の事項

()

年 月 日

上記のとおり、記載事項に変更がありましたので、届け出ます。
※申請者…18歳未満の場合は保護者(被保険者等)、18歳以上の場合は受診者本人

申請者 氏名 _____

(宛先) 高槻市長

※上記の申請者以外の方が来所し、当該変更届を記入される場合は、この欄へ記入してください。

(届出者) 氏名: _____ 受診者との続柄 ()

<以下 高槻市記入欄>

<input type="checkbox"/> 個人番号収集有 <input type="checkbox"/> 本人確認 1点⇒【個人番号カード・運転免許証・旅券・()】 2点⇒【保険証等・児童扶養手当証書・生活保護受給証明書・()】 <input type="checkbox"/> 個人番号確認【個人番号カード・通知カード・住民票・住基端末】 <input type="checkbox"/> 代理権確認 【戸籍等・委任状・小児慢性特定疾病医療受給者証・被保険者しか持ち得ない書類】 (個人番号カード・運転免許証・旅券・保険証等・)	<input type="checkbox"/> 個人番号収集なし <input type="checkbox"/> 住基確認済み
--	--