

受給者番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

特定医療費（指定難病）支給認定申請事項変更届出書

届出者	受診者	フリガナ		電話番号			
		氏名	-		-		
	住所 (住所変更の場合は前住所)	郵便番号		1月1日現在の住所所在地			
		-		都・道 府・県	市・区 町・村		
保護者	受診者が18歳未満の場合のみ、保護者欄に記入してください。						
	フリガナ		受診者との関係				
	氏名	郵便番号		電話番号			
	住所	-		-			
変更のある事項にレ点を付し、変更後の内容を記入してください。	受診者	<input type="checkbox"/>	フリガナ				
			氏名				
		<input type="checkbox"/>	個人番号				
		<input type="checkbox"/>	住所	郵便番号			
		自宅電話番号	-	-	<input type="checkbox"/>	携帯電話番号	
					-	-	
	保護者	<input type="checkbox"/>	フリガナ				
			氏名				
		<input type="checkbox"/>	個人番号				
		<input type="checkbox"/>	住所	郵便番号			
		自宅電話番号	-	-	<input type="checkbox"/>	携帯電話番号	
					-	-	
	加入医療保険	<input type="checkbox"/>	保険者名(称)				
		<input type="checkbox"/>	生活保護受給の有無	有 ・ 無			
		※生活保護を受給している場合：医療保険加入の有無 有 ・ 無					
	<input type="checkbox"/>	記号・番号 (被保険者番号)		<input type="checkbox"/>	保険種別		
					国保(組合)・後期 組合・協会けんぽ・共済 その他()		
支給認定 標準世帯員	<input type="checkbox"/>	追加・削除	氏名				
			1月1日現在の住所所在地	都・道 府・県	市・区 町・村	続柄	
			個人番号				
	<input type="checkbox"/>	追加・削除	氏名				
			1月1日現在の住所所在地	都・道 府・県	市・区 町・村	続柄	
			個人番号				
<input type="checkbox"/>	追加・削除	氏名					
		1月1日現在の住所所在地	都・道 府・県	市・区 町・村	続柄		
		個人番号					
上記のとおり、支給認定の申請事項に変更があったので届け出ます。							
年 月 日			静岡県知事 様				

注1 変更のない事項については、記入は不要です。

2 1月1日現在の住所所在地について、1月から6月までに届け出る場合は前年の1月1日在住の市区町村、7月から12月までに届け出る場合は当年の1月1日在住の市区町村を記入してください。