

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	ふりがな		受給者番号				
	氏名		個人番号				
保護者	ふりがな		受診者との続柄				
	氏名		個人番号				
変更のある事項に☑	区分	変 更 前		変 更 後			
	☐ 児童に関する事項	ふりがな		ふりがな			
		氏名		氏名			
		住所	〒	住所	〒		
		電話	- -	電話	- -		
	☐ 保護者に関する事項	ふりがな		ふりがな			
		氏名		氏名			
		住所	〒	住所	〒		
		電話	- -	電話	- -		
	☐ 医療保険に関する事項 ※裏面の同意欄に記入	保険種別	☐被用者 ☐市町村国保 ☐国保組合 ☐その他 ( )		保険種別	☐被用者 ☐市町村国保 ☐国保組合 ☐その他 ( )	
		保険者名		保険者名			
		記号・番号	(記号) (番号)	記号・番号	(記号) (番号)		
市町村民税		課税 ・ 非課税					
備考							
変更年月日		年 月 日					
小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書及び小児慢性特定疾病医療受給者証に記載された事項の変更について、上記のとおり届け出ます。							
北海道知事 様 _____年 _____月 _____日							
届出者 氏名 _____ (記名)							

※医療保険に関する変更がある際は、裏面の同意欄も必ず記載願います。

また、被用者保険で市町村民税非課税の方又は国保組合の方は裏面の書類も提出してください。

※生活保護の開始又は廃止については、変更届による申請はできません。支給認定申請書に記入していただき、負担額変更の申請を行ってください。

裏面もご確認ください→

### 医療保険証に関する同意

小児慢性特定疾病医療費の支給認定を受けるにあたり必要があるときは、医療保険上の所得区分に関する情報につき、北海道と医療保険者が双方に報告を求めることに同意します。

北海道知事 殿

申請者氏名（患者本人 患者が18歳未満の場合は保護者氏名）

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

氏名 \_\_\_\_\_（記名）

### <変更届の提出書類について>

～新たに加した医療保険の種別により提出が必要な書類が異なります～

受診者の保険種別		市町村民税（非）課税証明書
被用者保険 （非課税の場合のみ）	受診者が被保険者の場合	受診者の非課税証明書
	受診者以外が被保険者の場合	被保険者の非課税証明書
国民健康保険組合		同じ保険の加入者全員 <b>所得課税証明書を提出</b>

### 委任状

北海道知事 様

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

委任者 住所 〒

氏名 \_\_\_\_\_（記名）

私は、次の者を代理人として、小児慢性特定疾病医療受給者証変更届出に関する権限を委任します。

代理人 住所 〒

（電話番号 \_\_\_\_\_ — \_\_\_\_\_）

氏名 \_\_\_\_\_（記名）

【委任者との関係 \_\_\_\_\_】

- ・代理人（患者又は保護者以外の方）が申請を行う場合は、委任状の提出が必要です。※提出のみの代行の場合は不要
- ・代理人の方は、委任状に記載した住所・氏名の確認出来る身分証明書等をご持参ください。