

特定医療費（指定難病）受給者証等変更届

受給者	フリガナ													生年月日										
	氏名													年	月	日								
	個人番号 (12桁)														受給者番号									
届出者	北海道知事 様 私は、上記のとおり、特定医療費（指定難病）受給者証等に記載された事項変更について、届け出ます。 年 月 日 申請者氏名 (署名) ※続柄が保護者の場合のみ、個人番号の記載をお願いします。																							
	個人番号 (12桁)														続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 保護者(受診者又は受給者が18歳未満) <input type="checkbox"/> 代理人(裏面委任状の記載が必要です)								
変更の あ る 事 項	変更前												変更後											
	<input type="checkbox"/> 氏名																							
	<input type="checkbox"/> 住所																							
	(電話 - -) (電話 - -)																							
	<input type="checkbox"/> 保険区分	保険別	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 被用者(本人・家族) <input type="checkbox"/> 国保組合(本人・家族) <input type="checkbox"/> 後期高齢 <small>※生保併用の場合は複数チェック</small>												<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 被用者(本人・家族) <input type="checkbox"/> 国保組合(本人・家族) <input type="checkbox"/> 後期高齢 <small>※生保併用の場合は複数チェック</small>									
保 険 者 名		<input type="checkbox"/> _____ 市町村 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会北海道支部 <input type="checkbox"/> 北海道後期高齢者医療広域連合 <input type="checkbox"/> _____												<input type="checkbox"/> _____ 市町村 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会北海道支部 <input type="checkbox"/> 北海道後期高齢者医療広域連合 <input type="checkbox"/> _____										
記 号 番 号		(記号)						(番号)						(記号)						(番号)				
<input type="checkbox"/> 世帯員																		世帯調書に記載し添付						
保健所等記入欄	收受印												【届出の添付資料】 (1) 氏名変更の場合 <input type="checkbox"/> 戸籍抄本、住民票、運転免許証(コピー)、マイナンバーカード(コピー)のいずれか(変更の内容が記載されているもの) (2) 住所変更の場合 ア 市町村の異動を伴う場合 <input type="checkbox"/> 住民票又はマイナンバーカード(コピー)(変更の内容が記載されているもの) イ 同市町村内の異動 <input type="checkbox"/> 住所の変更の内容が分かるもの(郵便物又は運転免許証のコピー等) (3) 医療保険変更の場合 <input type="checkbox"/> 変更後の保険証のコピー <input type="checkbox"/> 同意書(様式2) <input type="checkbox"/> 所得区分の認定に必要な書類 (4) 世帯員変更の場合(世帯員の住所変更など) <input type="checkbox"/> 変更後の世帯調書											
	整理番号																							

※該当する□にチェックしてください。

※受給者及び個人番号(すでに個人番号の提出がある場合は、記載は不要です。)、届出者の記入は必須です。

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です。

※代理人の方は、委任状に記載した住所・氏名を確認できる身分証明書等のコピーを添付してください。

委任状

北海道知事 様

年 月 日 委任者（患者又は保護者）氏名 _____（署名）

私は、次の者を代理人として、特定医療費（指定難病）支給認定申請に関する権限を委任します。

代理人 氏名 _____（署名） 委任者との関係 _____

〒（ - ） 電話番号（ - - ）

住所 _____