

小児慢性特定疾病医療受給者証等記載事項変更届

受給者番号							生年月日	年 月 日生
対象児童等 氏名							重症患者認定	有 ・ 無
個人番号 (マイナンバー)								
住 所 (郵便番号含む)								
保護者 氏名	対象児童等との続柄 ( )							
個人番号 (マイナンバー)							電話番号	—
住 所 (郵便番号含む)								

変更事項	※下記欄のうち、変更のあった事項のみ記入してください。	
住 所 (郵便番号含む)	(電話 — )	
対象児童等氏名		
医療保険	保険種別	協会管掌・船員・組合・共済・国保(一般)・国保(退職)・国保(組合)
	被保険者氏名	対象児童等との続柄 ( )
	被保険者証書発行機関	
	保険者番号	
	記号・番号	
	対象児童等と同一保険 に加入している者	

※必ず記入してください。	
変更を生じた日	年 月 日
理 由	

上記のとおり、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届け出ます。  
 (あて先) 仙台市長

年 月 日

届出者 住所  
氏名  
対象児童等との続柄 ( )

(注1) 医療受給者証を添付してください。

(注2) 指定医療機関、自己負担上限額(所得区分・人工呼吸器等装着・高額かつ長期・重症認定)及び疾病名の変更については、支給認定の変更を行うため、支給認定申請書(変更)に記載して申請してください。