

特定医療費（指定難病）受給者証等記載事項変更届出書

年 月 日

(宛先) 新潟市長

届出者 住所

氏名 印
(受診者との関係)

下記のとおり変更がありましたので、届け出ます。

1. 支給認定を受けている受診者及び保護者

受給者番号			
受診者 (患者)	氏名		
	住所	郵便番号	
	電話番号		
保護者 (受診者が18歳未満の場合のみ記入してください。)	氏名		受診者との続柄
	住所	郵便番号	
	電話番号		

2. 変更の内容（変更のある事項のみ、変更後の内容を記入してください。）

受診者に関する事項	<input type="checkbox"/>	住所・氏名・電話番号に関する変更	ふりがな			
			氏名			
			個人番号			
			住所	郵便番号		
			電話番号			
	<input type="checkbox"/>	被保険者証に関する変更（支給認定基準世帯員の変更も伴う場合は、裏面にも記入してください。）	保険種別（該当に○）	協会・組合・共済・船員・国保・ 国保組合・国保（退職）・後期		生活保護
			被保険者氏名		本人・家族の別（該当に○）	本人家族
			保険者番号		被保険者証の記号・番号	
			保険者名称			

(裏面があります。)

保護者に関する事項	<input type="checkbox"/>	住所・氏名・電話番号に関する事項	ふりがな		受診者との続柄			
			氏名					
			個人番号					
			住所					
			電話番号					
支給認定基準世帯員に関する事項	<input type="checkbox"/>	追加削除	ふりがな		受診者との続柄			
			氏名		住所 ※ (市区町村名)	新潟市・新潟市外 ()		
			個人番号					
		追加削除	ふりがな		受診者との続柄			
			氏名		住所 ※ (市区町村名)	新潟市・新潟市外 ()		
			個人番号					
		追加削除	ふりがな		受診者との続柄			
			氏名		住所 ※ (市区町村名)	新潟市・新潟市外 ()		
			個人番号					
		※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。						
		送付先に関する事項	<input type="checkbox"/>	変更前	ふりがな		受診者との続柄	
					氏名			
住所								
電話番号								
変更後	ふりがな				受診者との続柄			
	氏名							
	住所							
	電話番号							

- 備考1 届出者が記載事項を自筆で記入したときは，押印を省略することができます。
- 2 電話番号は，日中に連絡をとれるものを記入してください。
- 3 変更後の内容を確認できる書類及び受給者証を添付してください。