

特定医療費（指定難病）受給者証等記載事項変更届

受診者	フリガナ		性別	男・女	年齢	歳	生年月日	
	氏名						明大昭平	治正和成
	フリガナ							
	住所							
保護者	フリガナ		受診者との関係					
	氏名							
	フリガナ							
	住所 (受診者と異なる場合に記入)							
受給者番号								
変更のある事項に <input checked="" type="checkbox"/>	事項		変更前			変更後		
	<input type="checkbox"/>	受診者に関する事項 (氏名・住所)						
	<input type="checkbox"/>	受診者に関する事項 (氏名・住所)						
	<input type="checkbox"/>	被保険者証に関する事項 (記号及び番号・保険者名・保険者所在地・受診者と同一の加入者)						
	<input type="checkbox"/>	その他						
備考								
私は、特定医療費支給認定申請書及び特定医療費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。							保健所受理印	
届出者氏名(※1) 印 (続柄:)								
平成 年 月 日								
沖縄県知事 殿								

※1 届出者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

※2 指定医療機関、自己負担上限額(所得区分・人工呼吸器装着・軽症高額該当・高額かつ長期・重症患者認定)及び指定難病の名称の変更については、支給認定の変更を行うため、特定医療費支給認定申請書(変更)に記載し申請すること。