

特定疾患医療受給者認定申請事項変更届

年 月 日

鹿児島県知事 殿

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ 印  
 受給者との続柄 \_\_\_\_\_  
 連絡先(日中連絡がとれる電話又は携帯電話) \_\_\_\_\_

下記のとおり、変更(したい・した)ので申請します。

ふりがな						受給者番号					
氏名											
変更内容	1. 住所		2. 氏名		3. 医療機関		4. 保険		5. 生計中心者		
変更年月日	年 月 日					※変更日の異なる項目が複数ありましたら、余白にそれぞれの変更年月日を記入してください。					
変更事項	変更前					変更後					
住所	〒 _____ 電話 ( ) _____					〒 _____ 電話 ( ) _____					
ふりがな											
氏名											
保険	保険種	1. 政(協) 2. 組 3. 共 4. 国 5. 退 6. 後									
	被保険者氏名										
	記号										
	番号										
	コード(保険者番号)										
医療機関(追加)	名称										
	医療機関コード										
	所在地										
医療機関(抹消)	名称										
生計中心者	変更前					変更後					
	氏名				続柄				続柄		
	階層区分				階層区分(保健所で記入)						
理由											

注1 申請者氏名については、記名押印又は受給者本人の自筆による署名のいずれかとする。  
 2 変更内容の番号に○をし、該当する変更事項のみ記入してください。  
 3 保険の変更の場合は、変更後のみ記入してください。  
 【添付書類】 1 住所変更－住民票謄本, 受給者証  
 2 氏名変更－戸籍抄本, 受給者証  
 3 医療機関追加・抹消－受給者証  
 4 生計中心者変更－変更後の生計中心者の所得税の状況が確認できる書類, 受給者証  
 5 保険変更－保険証(写し), 保険者への情報提供に係る同意書, 高額療養費に係る所得区分が確認できる書類, 受給者証