

記入例

## 小児慢性特定疾病医療受給者証等記載事項変更届

受診者	フリガナ	フクイ イチロウ	年齢	13 歳	生年月日
	氏名	福井 一郎			平成25年 1月 1日
	個人番号	登録済・未登録			
	フリガナ				
	住所	〒918-8004 福井市西木田2丁目8-8			
保護者	フリガナ	フクイ ハナコ	続柄	母	電話番号
	氏名	福井 花子			090-0000-0000
	個人番号	登録済・未登録			
	フリガナ				
	住所 (児童と異なる場合に記入)				
受給者番号		0500001			
疾患群名		内分泌疾患			
変更年月日		令和8年2月1日			
変更のある事項に☑	事項	変更前	変更後		
	<input checked="" type="checkbox"/> 児童に関する事項 (氏名・住所・生年月日等)	福井市大手3丁目10-1	福井市西木田2丁目8-8		
	<input checked="" type="checkbox"/> 保護者に関する事項 (氏名・住所・電話番号等)	福井市大手3丁目10-1	福井市西木田2丁目8-8		
	<input checked="" type="checkbox"/> 加入医療保険に関する事項 (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等)	福井市 井福 000-111-222 福井一郎(本人)、太郎(父)、花子(母)、次郎(弟)	フクイシホケンシヨ健康保険組合 98 7654321 福井一郎(本人)、花子(母)		
	<input type="checkbox"/> その他の事項				
<input type="checkbox"/> 受給者証兼小児慢性特定疾病登録者証の返還	(返還の理由) 1 治癒 2 年齢到達 3 中止 (治療の中止・市外転出) 4 死亡 5 その他				
備考					
私は、小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書/小児慢性特定疾病登録者証申請書及び小児慢性特定疾病医療受給者証兼登録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。					
届出者氏名 福井 太郎					
令和8年 6月 〇日					
福井市長 様					

※ 指定医療機関、自己負担上限額(所得区分・人工呼吸器装着・高額かつ長期・重症患者認定)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)に記載し申請すること。