

(様式第5号)

小児慢性特定疾病医療受給者証等記載事項変更届 (変更申請書)

令和 年 月 日

(あて先) 宇 都 宮 市 長

住 所 宇都宮市

受給者名

届出者名

受給者との続柄 ()

下記のとおり変更になりましたので届出 (申請) します。

受給者番号								※変更年月日 (記入不要)	令和 年 月 日から変更
変更内容 (1~8のうち変更する項目のみ記入)	フリガナ								
	1 受診者氏名								
	2 受診者住所	(〒 -)							
	3 受診者電話番号								
	4 受診者保険証 (保険証持参の場合は受付時コピー添付)	<input type="checkbox"/> 宇都宮市 (国民健康保険)		<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 支部					
		<input type="checkbox"/>		(健康保険組合 ・ 共済組合)					
		記号	番号		保険者番号				
		被保険者氏名							
フリガナ									
5 保護者氏名	受給者との続柄 ()								
6 保護者住所	(〒 -) 宇都宮市								
7 保護者電話番号									
8 その他の事項									

(変更の届出 (申請) にあたって)

- ・ 上記1~8のうち変更する項目のみ記入し、変更内容を確認できる物 (保険証等) を持参してください。