

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 加入医療保険 <small>(変更後の資格情報が確認できる資料のコピー添付)</small>	<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					資格取得日 H・R 年 月 日		
	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（コピー可）を持参してください。

記入例

(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）

令和〇年〇月〇〇日

(あて先) 宇都宮市長

住所 宇都宮市旭1-1-5

受給者名 宇都宮 花子

届出者名 宇都宮 太郎

記入しない

受給者との続柄（父）

下記のとおり変更になりましたので届出（申請）

受給者番号	1 0 9 9 9 9 9	※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 宇都宮 花子	ウツノミヤ ハナコ	
1 受診者氏名	宇都宮 花子		
2 受診者住所	(〒 320-8540) 宇都宮市旭1-1-5	1~8については、 変更する項目のみ記入	
3 受診者電話番号	080-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
4 加入医療保険 (変更後の資格情報が確認できる資料のコピー添付)	<input type="checkbox"/> 宇都宮市(国民健康保険) <input checked="" type="checkbox"/> 全国健康保険協会 栃木支部 (健康保険組合・共済組合)		
	記号 12345	番号 6789	保険者番号 01090018
	被保険者氏名 宇都宮 太郎		資格取得日 H・R 年 月 日
フリガナ	ウツノミヤ タロウ		
5 保護者氏名	宇都宮 太郎	受給者との続柄（父）	
6 保護者住所	(〒 320-8540) 宇都宮市旭1-1-5		
7 保護者電話番号	028-632-2222		
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（コピー可）を持参してください。

