

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 (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 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	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	※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	<b>ウツ/ミヤ ハナコ</b>						
	1 受診者氏名	<b>宇都宮 花子</b>						
	2 受診者住所	(〒 <b>320 - 8540</b> ) <b>宇都宮市旭1-1-5</b>						
	3 受診者電話番号	<b>080-〇〇〇〇-〇〇〇〇</b>						
	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 <b>栃木</b> 支部 (健康保険組合 ・ 共済組合) 記号 <b>12345</b> 番号 <b>6789</b> 保険者番号 <b>01090018</b> 被保険者氏名 <b>宇都宮 太郎</b> 資格取得日 H・R 年 月 日						
	フリガナ	<b>ウツ/ミヤ タロウ</b>						
	5 保護者氏名	<b>宇都宮 太郎</b> 受給者との続柄 ( 父 )						
	6 保護者住所	(〒 <b>320 - 8540</b> ) <b>宇都宮市旭1-1-5</b>						
7 保護者電話番号	<b>028-632-2222</b>							
8 その他の事項								

1～8については、  
変更する項目のみ記入

(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。

