

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)	☐ 宇都宮市（国民健康保険） ☐ 全国健康保険協会 支部 ☐ (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	(〒 -)							
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。
- ・ 受給者証に印字されていない項目（3，4，7）の変更の場合、新しい受給者証は発行いたしませんので、現在お持ちの受給者証を引き続きご使用ください。

※ ただし、加入医療保険の被保険者の変更などに伴い、階層区分が変更となった場合は、変更後の受給者証を発行いたします。

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（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	※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	ウツミヤ 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							
	3 受診者電話番号	000-0000-0000							
	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)	☐ 宇都宮市（国民健康保険） ☒ 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					資格取得日		H Ⓡ 〇年 〇〇月 〇〇日
	フリガナ	ウツミヤ 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	000-0000-0000								
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。
- ・ 受給者証に印字されていない項目（3，4，7）の変更の場合、新しい受給者証は発行いたしませんので、現在お持ちの受給者証を引き続きご使用ください。

※ ただし、加入医療保険の被保険者の変更などに伴い、階層区分が変更となった場合は、変更後の受給者証を発行いたします。

