



特定医療費（指定難病）受給者証記載事項等変更届

受診者	フリガナ												性別	男・女	生年 月日	年 月 日 (歳)	
	氏名																
	個人番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					<input type="text"/>
	住所	(郵便番号) (電話番号) (日中連絡が取れる電話番号)															
受診者の保護者 (受診者が18歳未満の場合に記入すること。)	フリガナ												受診者との続柄				
	氏名																
	個人番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>			
	住所 (受診者と同じ場合は記入不要)	(郵便番号) (電話番号) (日中連絡が取れる電話番号)															
受給者番号		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
変更事項		変更前							変更後								
受診者に関する事項 <input type="checkbox"/> (氏名、住所及び電話番号)																	
受診者の保護者に関する事項 <input type="checkbox"/> (氏名、住所及び電話番号)																	
被保険者証に関する事項 <input type="checkbox"/> (種別、記号及び番号、保険者の名称並びに受診者との同一の医療保険に加入している者の氏名及び個人番号)																	
<input type="checkbox"/> 医療保険の適用区分																	
支給認定基準世帯員 <input type="checkbox"/> に関する事項 (氏名及び個人番号)																	
<input type="checkbox"/> その他		1 治癒 2 死亡 3 その他 ()															
変更年月日		年 月 日															
特定医療費支給認定申請書及び特定医療費受給者証の記載事項に変更があったので、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第13条第1項の規定により、上記のとおり届け出ます。 年 月 日 届出者(受診者又はその保護者) 住所 山形県知事 殿 氏名 _____ (記名押印又は署名)																	
届出手続等を委任する場合	私は、この届出に係る書類の提出及び受領に関する権限並びに個人番号(行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に定める個人番号をいう。)を提供する権限を次の者に委任します。																
	受任者 氏名	(受診者との続柄)															
	住所(郵便番号)	()							届出者(受診者又はその保護者)								
	電話番号	氏名 _____ (記名押印又は署名)															

備考 1 変更がある事項の□にレ印を記入し、変更の内容を記入すること。
 2 「性別」及び「その他」の欄については、該当するものを○で囲むこと。