

特定医療費(指定難病)受給者証等記載事項変更届

受 診 者	フリガナ			生 年 月 日
	氏 名			年 月 日 (歳)
	個人番号			
	住 所	〒 岩手県		電話番号 ()
保 護 者	フリガナ			受診者との続柄
	氏 名			
	個人番号			
	住 所 <small>(受診者と異なる場合に記入)</small>	〒		電話番号 ()
受 給 者 番 号				
変 更 内 容 (該 当 す る も の に ☑)	事 項	変 更 前	変 更 後	
	<input type="checkbox"/>	受診者に関する事項 <small>(氏名・住所・電話番号等)</small>		
	<input type="checkbox"/>	保護者に関する事項 <small>(氏名・住所・電話番号等)</small>		
	<input type="checkbox"/>	被保険者証に関する事項 <small>(記号及び番号・保険者名等)</small>		
	<input type="checkbox"/>	支給認定基準世帯員に関する情報 <small>(氏名・個人番号)</small>		
	<input type="checkbox"/>	受診を希望する指定医療機関(薬局、訪問看護事業者等を含む。)		
<input type="checkbox"/>	その他の事項			
備 考				
特定医療費支給認定申請書及び特定医療費受給者証に記載された事項の変更について、上記のとおり届け出ます。 年 月 日 届出者氏名 岩手県知事 様				

※ 自己負担上限額(所得区分・人工呼吸器装着・軽症高額該当・高額かつ長期・世帯内按分)及び指定難病の名称の変更については、支給認定の変更を行うため、特定医療費支給認定申請書(変更)に記載し申請すること。