

特定医療費(指定難病)受給者証等記載事項変更届

受診者・要支援者	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・要支援者と異なる場合に記入)</small>	〒	電話番号 ()
受給者番号			
<small>※ 医療費受給者証又は自己負担上限額管理票の変更時のみ記載</small>			
変更内容 (該当するものに☑)	事 項	変 更 前	変 更 後
	<input type="checkbox"/> 受診者等に関する事項 <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"/> 加入医療保険に関する事項 <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			
<input type="checkbox"/> 特定医療費支給認定申請書及び特定医療費受給者証 <input type="checkbox"/> 登録者証(指定難病) 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			

注1 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)に記載し申請してください。

2 「登録者証(指定難病)」、「要支援者」の定義については、次の通りです。(根拠: 指定難病要支援者証明事業実施要領)

「登録者証(指定難病)」…指定難病にかかっている事実等を証明する証書

「要支援者」…登録者証の交付対象となった者