

特定医療費（指定難病）医療受給者証等記載事項変更届

受給者番号					
受診者／ 要支援者	フリガナ			年齢	生年月日
	氏名			歳	T S H R 年 月 日
	個人番号				
	住所	〒			
保護者	フリガナ			受診者との 関係	
	氏名				
	個人番号				
	住所	〒			
変更のある 事項に <input checked="" type="checkbox"/>	事項		変更前	変更後	
	<input type="checkbox"/>	受診者／要支援者に関する事項（氏名、住所、電話番号）			
	<input type="checkbox"/>	保護者に関する事項（氏名、住所、電話番号）			
	<input type="checkbox"/>	加入医療保険に関する事項（記号番号、保険者、受診者と同一の加入者）			
<input type="checkbox"/>	支給認定基準世帯員に関する情報（氏名・個人番号）				
備考					
私は、特定医療費支給認定申請書及び特定医療費受給者証等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。 届出者氏名 （受診者／要支援者） 令和 年 月 日 高知県知事 様				受付印	

- ※ 支給認定基準世帯員（受診者と同じ医療保険に加入する者）に増減がある場合は、「様式第2号 世帯調書」を必ず添付すること。
- ※ 指定医療機関、自己負担上限額（所得区分、人工呼吸器等装着、軽症者特例、高額かつ長期及び指定難病の追加については、支給認定の変更を行うため、「様式第1号 特定医療費（指定難病）支給認定申請書（変更）」に記載し申請すること。

