機密性３

様式第８号

小児慢性特定疾病医療受給者証等記載事項変更届

年　　月　　日

（宛先）岡崎市保健所長

届出者　　住　所
ＴＥＬ
氏　名
個人番号
（受診者との続柄　　）

次のとおり、変更になりましたので届け出ます。

受診者	受給者番号	
	氏　　名	
	個人番号	
	住　　所	□届出者と同じ 〒
	生年月日	年　　月　　日生
変更の事項（番号を○で囲む）	旧	新
１受診者に関する事項 （氏名・住所・生年月日等） ２保護者に関する事項 （氏名・住所・電話番号等） ３加入医療保険に関する事項 （記号及び番号・保険者名・保険者所在地 ・受診者と同一の加入者等） ５その他の事項		
変更年月日	年　　月　　日	
変更理由		

（注）
１　疾病名を変更されたときは、新たに申請してください。
２　変更事項欄の該当項目を○で囲んでください。
　被保険者証又は支給認定基準世帯員を変更されたときは、裏面、世帯調書を記入してください。
３　届出者氏名は、受給者証に記載の保護者（保護者が空欄の場合は受診者）です。

担当処理欄	階層区分	番号確認（確認・未確認）	
	生保・低Ⅰ・低Ⅱ・一般Ⅰ・ 一般Ⅱ・上位・血友病等	個人番号カード　通知カード 住民票　公簿	
		本人確認（確認・未確認）	
	自己負担上限額：	１点	個人番号カード　運免　在留 パスポート　他（　　）
	医療受給者証有効期間	２点	資格確認書　年手　他（　　）
			診察券　預金通帳　他（　　）

世帯調書

受診者及び受診者と同じ医療保険に加入している被保険者を記入してください。

ふりがな 氏名	続柄	生年月日
		年　月　日
個人番号		
		年　月　日
個人番号		
		年　月　日
個人番号		
		年　月　日
個人番号		
		年　月　日
個人番号		
		年　月　日
個人番号		
		年　月　日
個人番号		
		年　月　日
個人番号		

小児慢性特定疾病医療費の支給認定に必要な場合は、市民税等に係る公簿の閲覧（世帯調書に記載のある者。）、国民健康保険の世帯状況、生活保護受給状況を岡崎市長及び岡崎市保健所長が関係当局に照会することに同意します。

年　月　日

（宛先）岡崎市保健所長

申請者　氏名　（※）

生年月日　昭和・平成・令和　年　月　日生

（※）本人が手書きしない場合は、記名押印してください。