

変更届

公費負担者番号										受診者氏名
受給者番号									X	

下記の欄は、変更事項のみ記入してください。

変更年月日

年

月

日

変更事項	受診者	フリガナ								生年月日					
		氏名								年 月 日生					
		個人番号													
		住所	〒							電話番号					
	東京都 荒川区		丁目			番			号						
	(マンション名等)														
	保険	種別	協会・船員・日雇・組合・共済・国保（退職被保険者）・国保組合・生保							本人・家族					
		記号							番号				保険者番号		
	世帯構成								所得階層区分						
	疾病名	1					2				3				
	月額負担上限額の特例（※1）	該当する場合、当該項目に○を付けてください。		重症申請			人工呼吸器等装着			高額かつ長期			世帯内按分		
	申請者	フリガナ								受診者との続柄					
		氏名													
		個人番号													
		住所	<input type="checkbox"/> 受診者の住所・電話番号と同じ場合は <input type="checkbox"/> にチェックしてください（記載省略可）。 ※ 受診者と異なる場合又は受給者証の送付先について住所以外を希望する場合は、下欄に記入してください。												
〒								電話番号							
都道府県	区郡市町村			丁目			番 号								
(マンション名等)															
受診者と同じ医療保険の世帯内にいる指定難病若しくは小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている者又は申請中の者		氏名			(難病・小慢)			受給者番号							
		氏名			(難病・小慢)			受給者番号							
登録者証申請(※2)	申請する ・ 申請しない														

荒川区長 殿

私は、小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書及び小児慢性特定疾病医療費医療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。また、この届出に当たり、当区において医療意見書に関する医療情報、住民記録情報、住民税等に関する課税資料、国民健康保険情報、後期高齢者医療情報、生活保護受給情報、公的年金等の収入額（世帯員分を含む。）を確認することに同意します。

年 月 日 届出者氏名

※1 ○重症申請…重症認定基準を満たしている ○人工呼吸器等装着…人工呼吸器等を装着している ○高額かつ長期…医療費総額が月5万円（医療保険の2割負担の場合は、医療費の自己負担額が月1万円）を超える月が年間6回以上ある ○世帯内按分…医療保険上の世帯内に小児慢性特定疾病又は難病の認定受給者がいる。
 ※2 「申請する」を選択した場合、マイナンバーを用いた情報連携により、災害対策基本法による避難行動要支援者名簿等の作成事務において登録者情報を確認することがあります。

収受印欄

身元確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他()
個人番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> その他()