

堺市小児慢性特定疾病医療受給者証記載事項変更届兼変更申請書

年 月 日

堺市長様

次のとおり届出・申請します。

また、堺市において、本申請に必要な内容を公簿等によって確認すること並びに記載された個人情報堺市個人情報保護条例(平成14年条例第38号)に基づき、適正に利用し、管理し、及び廃棄することに同意します。なお、本同意については、本申請書に記載した全員の承諾を得ています。

受診者氏名	(ふりがな)	受給者番号																		
生年月日	年 月 日 ()歳	個人番号																		
申請者	受診者が18歳以上の 場合、右のいずれかに ☑てください。	<input type="checkbox"/> 受診者本人を申請者として本件を申請します。※申請者欄の以下の項目への記入は不要です。 <input type="checkbox"/> 下記の者を申請者として、本件を委任します。※受診者本人による申請が難しく、家族等が申請する場合は申請者欄の以下の項目への記入が必要です。																		
	住所 〒(-)	受診者 との続柄	(自宅電話) (携帯電話)																	
	氏名	個人番号																		

変更となった項目番号に○を付け、変更内容をご記入ください。
 変更の内容によっては、別途書類の提出をお願いする場合があります。

1	受診者氏名	新	ふりがな	保護者	ふりがな
2	受診者住所	新	〒(-)		(自宅電話) (携帯電話)
3	疾病の追加・変更		<input type="checkbox"/> 追加	<input type="checkbox"/> 変更 (変更前)	(変更後)
4	加入保険	加入 保 険	※同じ保険に加入している者に変更があった場合は、裏面「支給認定基準世帯員」の表に、変更後の世帯員全員をご記入ください		
			1 被用者保険(協会けんぽ・健保組合・共済) [被保険者等・家族]	被保険者証 記号・番号	記号 番号
			2 国民健康保険《市町村国保》[世帯主・家族]	保険者名	
			3 国民健康保険組合《業種別国保》[組合員等・家族]	保険者番号	
			4 後期高齢者医療 5 生活保護	被保険者 氏名	続柄 ()
5	階層区分		<input type="checkbox"/> 健康保険被保険者の変更 <input type="checkbox"/> 同一保険の世帯員の変更 <input type="checkbox"/> 市町村民税額等の変更 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 重症認定該当 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着該当 <input type="checkbox"/> 高額かつ長期該当 <input type="checkbox"/> 支給認定世帯内按分該当 支給認定世帯内按分該当者 (小児慢性特定疾病・指定難病) 氏名: _____ 受給者番号: _____		
6	医療機関		医療機関名	所在地	
		追加・削除			
		追加・削除			

個人番号確認書類	個人番号カード・通知カード・住民票・住民票記載事項証明書・住基端末・その他()				
本人確認書類①	個人番号カード・運転免許証・旅券・障害者手帳・在留カード・特別永住者証明書・その他官公署発行書類及びこれに類する書類で写真表示・氏名・生年月日又は住所の記載があるもの()				
本人確認書類② ※2つ以上	健康保険証・年金手帳・児童手当証書・特別児童扶養手当証書・小慢受給者証・その他官公署または個人番号事務実施者発行書類及びこれに類する書類で氏名・生年月日又は住所の記載があるもの()				
代理権確認書類	委任状・保険証・その他()			代理人氏名	
保健医療課 記載欄	有効期間	~			保健センター受付欄
	階層区分	適用区分			保健医療課受付欄
備考欄					(受付者:) (受付者:)

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) ※変更があった場合にご記入ください。

※住民票上の世帯全員分について記載してください。

(個人番号は被用者保険の場合受診者と同じ医療保険に加入する被保険者本人のみ、市町村・業種別国民健康保険は加入者全員分を記載)

(生活保護世帯で健康保険未加入の場合は受診者・申請者以外の方の個人番号の記載は不要です)

	受診者と同一の健康保険に加入の方は○を記入	世帯員氏名		続柄	加入医療保険	市町村民税非課税世帯で、他に収入(年金等・手当等)(※)がある方は、受給額をご記入ください。
		生年月日(年齢)				
		個人番号				
受診者と同じ住民票の全世帯員	○	(受診者氏名)		本人	<ul style="list-style-type: none"> ・市国保 ・国保組合 ・社保(本人) ・社保(家族) 	(年額) 円)
		年 月 日(歳)		本人の	<ul style="list-style-type: none"> ・市国保 ・国保組合 ・社保(本人) ・社保(家族) ・後期高齢 	(年額) 円)
		年 月 日(歳)		本人の	<ul style="list-style-type: none"> ・市国保 ・国保組合 ・社保(本人) ・社保(家族) ・後期高齢 	(年額) 円)
		年 月 日(歳)		本人の	<ul style="list-style-type: none"> ・市国保 ・国保組合 ・社保(本人) ・社保(家族) ・後期高齢 	(年額) 円)
		年 月 日(歳)		本人の	<ul style="list-style-type: none"> ・市国保 ・国保組合 ・社保(本人) ・社保(家族) ・後期高齢 	(年額) 円)
		年 月 日(歳)		本人の	<ul style="list-style-type: none"> ・市国保 ・国保組合 ・社保(本人) ・社保(家族) ・後期高齢 	(年額) 円)
医療保険に加入する者 住民票世帯外で同じ	○	年 月 日(歳)		本人の	<ul style="list-style-type: none"> ・市国保 ・国保組合 ・社保(本人) ・社保(家族) ・後期高齢 	(年額) 円)
	(住所) 〒					
申し立て欄	<p>市町村民税非課税世帯で該当する方のみ☑を記入してください。</p> <p><input type="checkbox"/>医療費支給認定保護者等には、年金・手当等(※)の収入はありません。</p> <p><input type="checkbox"/>年金証書等年収を証明する書類を(一部)提出しないため、自己負担上限額の階層区分が低所得Ⅱ(年収80万円以上)となることを了承します。</p>					

※年金等とは …障がい年金、障がい基礎年金、障がい厚生年金、障がい共済年金、障がい手当、障がい一時金、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、寡婦年金、特別障がい給付金、障がい補償、障がい補償給付、障がい給付 等

手当等とは …特別児童扶養手当、障がい児福祉手当、特別障がい者手当、福祉手当

※受診医療機関 1枚目で書ききれなかった時にご利用ください。

		医療機関名	医療機関所在地
1	追加・削除		
2	追加・削除		
3	追加・削除		
4	追加・削除		
5	追加・削除		