

様式第17号（第15条関係）

受給者証記載事項変更届		受給者番号						
受診者	ふりがな				生 年 月 日			満年齢
	氏 名				年 月 日			歳

変更する事項		変更前	→	変更後
<input type="checkbox"/>	受診者	ふりがな		
		氏 名		
<input type="checkbox"/>	住 所	〒 -		〒 -
<input type="checkbox"/>	保護者	ふりがな		
		氏 名		
<input type="checkbox"/>	住 所	〒 -		〒 -
<input type="checkbox"/>	健康保険の内容	保険者名		
		保険種別	社会保険・国民健康保険・国保組合	社会保険・国民健康保険・国保組合
		記号・番号		
		被保険者氏名 (受診者との続柄)	( )	( )
		世帯員変更	<input type="checkbox"/> あり ※いずれに該当する場合でも、裏面の世帯員情報をご記入ください。 <input type="checkbox"/> なし	
		課税状況	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 ⇒ 裏面の収入等申立欄をご記入ください。	

私は、小児慢性特定疾病医療受給者証について、上記のとおり記載事項の変更を届け出ます。

明石市長 様

年 月 日

【申請者住所】

受診者との続柄

【申請者氏名】

( )

日中のご連絡先 ( )

世帯員情報記入欄					
【社会保険に加入】		受診者と申請者（被保険者）の情報をご記入ください。			
【国民健康保険に加入】		受診者と同じ国民健康保険に加入する方全員の情報をご記入ください。			
【国保組合に加入】		受診者と同じ国保組合に加入する方全員の情報をご記入ください。			
【生活保護受給中】		受診者と申請者（世帯主）の情報をご記入ください。			
医療費支給認定基準世帯員	氏名		受診者との続柄	生年月日 個人番号	住所 (該当年1月1日時点)
	受診者	(ふりがな)	本人	年 月 日	明石市内 ・ ( )
	/	(ふりがな)		年 月 日	明石市内 ・ ( )
	/	(ふりがな)		年 月 日	明石市内 ・ ( )
	/	(ふりがな)		年 月 日	明石市内 ・ ( )
	/	(ふりがな)		年 月 日	明石市内 ・ ( )
/	(ふりがな)		年 月 日	明石市内 ・ ( )	
/	(ふりがな)		年 月 日	明石市内 ・ ( )	
世帯内按分者 (受診者と同じ健康保険に加入する方の中に、指定難病または小児慢性特定疾病の医療受給者証を所持している人がある場合はご記入ください。)			難・小 (受給者番号 氏名 )		
			難・小 (受給者番号 氏名 )		
			難・小 (受給者番号 氏名 )		

支給認定基準世帯が市民税非課税である場合の申請者の収入等申立欄 (該当するものに☑してください。)	
収入	<input type="checkbox"/> 申請者には年金・手当等 <sup>※</sup> による収入はありません。 【右欄に署名をお願いします。】 <span style="float: right;">➡</span>
	<input type="checkbox"/> 申請者に、年金・手当等 <sup>※</sup> による収入が右記の通りあります。 【年金・手当等の受給金額のわかる書類が必要です。】 <span style="float: right;">➡</span> 年額 _____ 円
※年金・手当等とは、障害年金、遺族年金、寡婦年金、特別児童福祉手当、特別障害者手当等のことをいいます。	