

## 住所変更 記入

## 特定医療費（指定難病）受給者証等記載事項変更届

受診者（患者）	フリガナ	オキナワ タロウ										性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男	年齢	〇〇 歳							
	氏名	沖縄 太郎											<input type="checkbox"/> 女									
	個人番号（マイナンバー）	省略可										<input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	〇〇年 ×月 △日									
	受給者番号	1	2	3	4	5	6	7	受給者証の2行目に記載された番号(7桁)を記入													
住所		〒 ×××-××××										〇〇市△△ ×丁目×番×号										
保護者（※）	フリガナ											受診者との続柄										
	氏名																					
	個人番号（マイナンバー）	省略可																				
	住所	〒											〇〇市△△ ×丁目×番×号									
												<input checked="" type="checkbox"/> 同上（記入省略）										
変更のある事項に	事項		変更前										変更後									
	<input checked="" type="checkbox"/>	受診者に関する事項（氏名・住所・電話番号）	〇〇市△△ ×丁目×番×号										〇〇町□□ ×丁目×番△△アパート201号									
	<input type="checkbox"/>	受給者に関する事項（氏名・住所・電話番号）																				
	<input type="checkbox"/>	被保険者証に関する事項（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）																				
	<input type="checkbox"/>	医療保険の適用区分																				
<input type="checkbox"/>	支給認定基準世帯員に関する事項（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。												保健所受理印										
届出者氏名		沖縄 太郎																				
令和		〇	年	〇	月	〇	日	沖縄県知事 殿														

※ 受診者が18歳未満の場合に記入して下さい。

※ 指定医療機関、自己負担上限額（所得区分・人工呼吸器装着・軽症高額該当・高額かつ長期）及び指定難病の名称の変更については、支給認定の変更を行うため、特定医療費支給認定申請書（変更）に記載し申請すること。

**保険証変更 記入例**

特定医療費（指定難病）受給者証等記載事項変更届

受診者（患者）	フリガナ	オキナワ タロウ					性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男	年齢	〇〇 歳
	氏名	沖縄 太郎						<input type="checkbox"/> 女		
	個人番号（マイナンバー）	省略可					生年月日	<input type="checkbox"/> 大正	〇〇年	×月
	受給者番号	1	2	3	4	5		6		
受診者が18歳未満の場合のみ記		〒 ×××-××××					受給者証の2行目に記載された番号(7桁)を記入			
		〇〇市△△ ×丁目×番×号								
保護者（※）	フリガナ						受診者との続柄			
	氏名									
	個人番号（マイナンバー）									
	住所	〒								
<input checked="" type="checkbox"/> 同上（記入省略）										
変更のある事項に	事項		変更前				変更後			
	<input type="checkbox"/>	受診者に関する事項（氏名・住所・電話番号）								
	<input type="checkbox"/>	受給者に関する事項（氏名・住所・電話番号）								
	<input checked="" type="checkbox"/>	被保険者証に関する事項（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）	全国健康保険協会 沖縄支部 △△△△△・〇〇				別添 健康保険証写しのとおり			
	<input type="checkbox"/>	医療保険の適用区分								
<input type="checkbox"/>	支給認定基準世帯員に関する事項（氏名・個人番号）									
備考		<div style="border: 1px dashed blue; padding: 5px; display: inline-block;">                     保険者名（保険証発行機関）、記号・番号を記入する。変更前の保険証の内容は、特定医療費（指定難病）受給者証に記載の内容から転記してください                 </div>								
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。								保健所受理印		
届出者氏名		沖縄 太郎								
令和		〇	年	〇	月	〇	日	沖縄県知事 殿		

※ 受診者が18歳未満の場合に記入して下さい。  
 ※ 指定医療機関、自己負担上限額（所得区分・人工呼吸器装着・軽症高額該当・高額かつ長期）及び指定難病の名称の変更については、支給認定の変更を行うため、特定医療費支給認定申請書（変更）に記載し申請すること。

## 住所・保険証変更 記入例

## 特定医療費（指定難病）受給者証等記載事項変更届

受 診 者 （ 患 者 ）	フリガナ	オキナワ タロウ						性 別	<input checked="" type="checkbox"/> 男	年 齢	〇〇 歳
	氏 名	沖縄 太郎							<input type="checkbox"/> 女		
	個人番号 （マイナンバー）	省略可						受給者証の2行目に記載 された番号(7桁)を記入	<input type="checkbox"/> 大正	〇〇年 ×月 △ 日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	受給者番号	1	2	3	4	5	6		7		
	住所	〒 ×××-×××× 〇〇市△△ ×丁目×番×号									
保 護 者 （ ※ ）	フリガナ							受 診 者 と の 続 柄			
	氏 名										
	個人番号 （マイナンバー）										
	住 所	〒							<input checked="" type="checkbox"/> 同上（記入省略）		
変 更 の あ る 事 項 に ☑	事 項	変 更 前					変 更 後				
	<input checked="" type="checkbox"/> 受診者に関する事項 （氏名・住所・電話番号）	〇〇市△△ ×丁目×番×号					〇〇町□□ ×丁目×番 △△アパート201号				
	<input type="checkbox"/> 受給者に関する事項 （氏名・住所・電話番号）										
	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者証に関する事項 （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）	全国健康保険協会 沖縄支部 △△△△△・〇〇					西原町 西国・×××××××				
	<input type="checkbox"/> 医療保険の適用区分										
<input type="checkbox"/> 支給認定基準世帯員 に関する事項 （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。									保健所受理印		
届出者氏名 <u>          <b>沖縄 太郎</b>          </u>											
令和    〇 年    〇 月    〇 日									沖縄県知事    殿		

※ 受診者が18歳未満の場合に記入して下さい。

※ 指定医療機関、自己負担上限額（所得区分・人工呼吸器装着・軽症高額該当・高額かつ長期）及び指定難病の名称の変更については、支給認定の変更を行うため、特定医療費支給認定申請書（変更）に記載し申請すること。

## 氏名変更 記入例

## 特定医療費（指定難病）受給者証等記載事項変更届

受診者（患者）	フリガナ	オキナワ タロウ						性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男	年齢	〇〇 歳
	氏名	沖縄 太郎							<input type="checkbox"/> 女		
	個人番号（マイナンバー）	省略可						<input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	〇〇年	×月	△日
	受給者番号	1	2	3	4	5	6		7	受給者証の2行目に記載された番号(7桁)を記入	
住所		〒 ×××-×××× 〇〇市△△ ×丁目×番×号									
保護者（※）	フリガナ							受診者との続柄			
	氏名										
	個人番号（マイナンバー）										
	住所	〒									
<input checked="" type="checkbox"/> 同上（記入省略）											
変更のある事項に	事項	変更前					変更後				
	<input checked="" type="checkbox"/> 受診者に関する事項（氏名・住所・電話番号）	沖縄 太郎					那覇 太郎				
	<input type="checkbox"/> 受給者に関する事項（氏名・住所・電話番号）										
	<input type="checkbox"/> 被保険者証に関する事項（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）										
	<input type="checkbox"/> 医療保険の適用区分										
<input type="checkbox"/> 支給認定基準世帯員に関する事項（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。								保健所受理印			
届出者氏名		那覇 太郎									
令和		〇	年	〇	月	〇	日	沖縄県知事 殿			

※ 受診者が18歳未満の場合に記入して下さい。

※ 指定医療機関、自己負担上限額（所得区分・人工呼吸器装着・軽症高額該当・高額かつ長期）及び指定難病の名称の変更については、支給認定の変更を行うため、特定医療費支給認定申請書（変更）に記載し申請すること。

# 保険証変更（生活保護開始） 記入例

特定医療費（指定難病）受給者証等記載事項変更届

受診者（患者）	フリガナ	オキナワ タロウ					性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男	年齢	〇〇 歳
	氏名	沖縄 太郎						<input type="checkbox"/> 女		
	個人番号（マイナンバー）	省略可					生年月日	<input type="checkbox"/> 大正	〇〇年	×月
	受給者番号	1	2	3	4	5		6		
受診者が18歳未満の場合のみ記		〒 ×××-××××					受給者証の2行目に記載された番号(7桁)を記入			
〇〇市△△ ×丁目×番×号										

保護者（※）	フリガナ						受診者との続柄
	氏名						
	個人番号（マイナンバー）						
	住所	〒					
							<input checked="" type="checkbox"/> 同上（記入省略）

変更のある事項に	事項	変更前		変更後	
		<input type="checkbox"/>	受診者に関する事項（氏名・住所・電話番号）		
<input type="checkbox"/>	受給者に関する事項（氏名・住所・電話番号）				
<input checked="" type="checkbox"/>	被保険者証に関する事項（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）	全国健康保険協会 沖縄支部 △△△△△・〇〇		生活保護	
<input type="checkbox"/>	医療保険の適用区分				
<input type="checkbox"/>	支給認定基準世帯員に関する事項（氏名・個人番号）				

保険者名（保険証発行機関）、記号・番号を記入する。変更前の保険証の内容は、特定医療費（指定難病）受給者証に記載の内容から転記してください

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。	保健所受理印
届出者氏名 <b>沖縄 太郎</b>	
令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	沖縄県知事 殿

※ 受診者が18歳未満の場合に記入して下さい。  
 ※ 指定医療機関、自己負担上限額（所得区分・人工呼吸器装着・軽症高額該当・高額かつ長期）及び指定難病の名称の変更については、支給認定の変更を行うため、特定医療費支給認定申請書（変更）に記載し申請すること。