

保険証の変更

小児慢性特定疾病医療受給者証等記載事項変更届

受診者	ふりがな	おきなわ たろう		性別	男	年齢	〇〇歳	生年月日	〇〇年△月□日
	氏名	沖縄 太郎							
	個人番号	記入不要							
	ふりがな	〇〇〇〇〇〇〇〇 〇〇あばーと							
	住所	〇〇市△△ 〇丁目〇番〇号□□アパート101							
保護者	ふりがな	おきなわ はなこ		受診者との関係	母				
	氏名	沖縄 花子							
	個人番号	記入不要							
	ふりがな								
	住所 (児童と異なる場合に記入)								
受給者番号	0123456		受給者証の表面上から2行目に記載されている受給者番号(7ケタ)を記入ください。						
変更のある事項に☑	事項	変更前			変更後				
	<input type="checkbox"/>	児童に関する事項 (氏名・性別・住所・生年月日等)							
	<input type="checkbox"/>	保護者に関する事項 (氏名・住所・電話番号等)							
	<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等)	西原町 西国・01234567			全国健康保険協会 〇〇支部 21700023・21			
	<input type="checkbox"/>	健康保険被保険者証 本人(被保険者) 00111 平成26年6月25日交付 記号 21700023 番号 21							
<input type="checkbox"/>	氏名 協会 太郎 生年月日 平成 元年 5月 10日 性別 男 資格取得年月日 平成 26年 6月 1日 事業所名称 〇〇株式会社 保険者番号 〇1010016 保険者名称 全国健康保険協会 〇〇支部 保険者所在地 〇〇市〇〇区〇〇町	見本			【保険者名(保険証発行機関)】及び【記号・番号】を記入する。 (※変更前の保険証の内容は、既に交付されてるお手持ちの受給者証に記載されている内容から転記してください。)				
私は、小児	届出者氏名	沖縄 花子		記載された事項					
		〇〇年△月□日		沖縄県知事 殿					

※新しい保険証の写し・所得課税証明書等の必要書類を併せて提出すること。

※ 指定医療機関、自己負担上限額(所得区分・人工呼吸器装着・高額かつ長期・重症患者認定及び疾病名の変更については、支給認定の変更を行うため、支給認定申請書(変更)に記載し申請すること。