

変更届

受給者証番号	負担者番号															患者氏名	
	受給者番号																

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					
受診者	フリガナ												生年月日								
	氏名												年	月	日生						
	個人番号														(満	歳)					
	住所	〒													電話番号						
中野区													丁目	番	号						
(マンション名等)																					
保険	種類	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								
病名		1				2				3											
自己負担額に関する特例(※)		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			
受診医療機関	名称												名称								
	所在地												所在地								
	名称												名称								
	所在地												所在地								
申請者	フリガナ												続柄								
	氏名												父・母・その他( )								
	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										
世帯内按分対象者		氏名 (難病・小慢)受給者番号																			
		氏名 (難病・小慢)受給者番号																			

(※)○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5万円/月(医療保険の自己負担割合が2割の場合、医療費の自己負担が1万円/月)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

中野区長 宛て  上記のとおり変更しましたので、必要書類を添えて届け出ます。 年 月 日  申請者氏名 _____	以下の項目に同意できない場合は、□の欄に×印を記載してください。  <input type="checkbox"/> 医療費支給認定のため、申請者、受診者及び受診者と同一医療保険上の世帯員の住民登録情報、税情報及び所得区分情報を確認します。また、医療意見書の確認のため、関係医療機関に照会します。
--	--

区使用欄			
受理年月日		本人確認	