様式第2号(第2条の2関係)(用紙　日本産業規格A4縦型)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 受給者番号 | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請事項変更届出書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診者  (変更前) | | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | (郵便番号　　　―　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者  (変更前) | | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | (郵便番号　　　―　　　　)  (受診者の住所と同じ場合は、記入は不要です。) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更のある事項にレ点を付し、変更後の内容を記入してください。 | 受診者 | □ | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | 個人番号 |  |  | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | | |  | | |  | |  | |  | |
| □ | 住所 | (郵便番号　　　―　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1月1日現在の住所所在地(※) |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者 | □ | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | □ | | | 受診者との続柄 | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| □ | 個人番号 |  |  | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | | |  | | |  | |  | |  | |
| □ | 住所 | (郵便番号　　　―　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1月1日現在の住所所在地(※) |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | 電話番号 | 自宅　　　　　　　　―　　　　　　―  携帯　　　　　　　　―　　　　　　― | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 加入医療保険 | □ | 保険者名(称) |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | 記号・番号  (被保険者番号) |  | | | | | | | | | □ | | 保険種別 | | | | | | 国保(組合)・協会  組合・共済  その他(　　　　) | | | | | | | | | |
| 支給認定基準世帯員 | □ | 追加・削除 | 氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | 続柄 | | | | |  | | | | |
| 1月1日現在の住所所在地(※) | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | |  | |  | |  | |  | | |  | |  |  | | |  | | |  | |  | |  | |  |
| □ | 追加・削除 | 氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | 続柄 | | | | |  | | | | |
| 1月1日現在の住所所在地(※) | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | |  | |  | |  | |  | | |  | |  |  | | |  | | |  | |  | |  | |  |
| □ | 追加・削除 | 氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | 続柄 | | | | |  | | | | |
| 1月1日現在の住所所在地(※) | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | |  | |  | |  | |  | | |  | |  |  | | |  | | |  | |  | |  | |  |
| 上記のとおり、支給認定の申請事項に変更があったので届け出ます。  　　　届出者氏名  　　　　　年　　　月　　　日  静岡県　　　　保健所長　様 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(注)

　1　変更のない事項については、記入は不要です。

　2　※の1月1日現在の住所所在地は、1月から6月までの届出は前年の1月1日在住の市区町村、7月から12月までの届出は当年の1月1日在住の市区町村を記入してください。

　添付書類

　　新たな医療保険の資格情報が確認できる資料等必要な書類