

大阪市子ども難病医療受給者証 記載事項変更届

受診者	ふりがな		生年月日	年 月 日	受給者番号					
	氏名									

該当する項目を で囲み、変更内容を記載してください。

必要書類 ・【全共通】子ども難病医療受給者証の写し									
受診者の氏名	ふりがな								
	氏名								
受診者の住所	住所	〒		大阪市		区		電話番号()	
疾病の変更・追加 <small>*該当する方へ 印</small>	変更前				変更後				
	追加								
受診者の加入医療保険の変更 <small>*変更後の内容を記載してください。</small>	被保険者氏名				受診者との続柄				
	保険種別	被用者保険 (全国健康保険協会、組合健保、共済等)			国民健康保険 (大阪市、業種別)				
	被保険者証発行機関	名称	被保険者証記号・番号		記号 番号				
自己負担限度額の変更 <small>*該当する番号に 印</small> <small>(新しい自己負担上限月額原則、変更申請日の翌月1日から適用となります。)</small>	被用者保険	変更前(被保険者氏名)			続柄				
		変更後(被保険者氏名)			続柄				
	国民健康保険	増員・減員 (氏名)			続柄				
		増員・減員 (氏名)			続柄				
		増員・減員 (氏名)			続柄				
		増員・減員 (氏名)			続柄				
	受診者と同一医療保険に加入している世帯員に変更が生じた場合は、自己負担上限月額に変更が生じる可能性がありますので届出が必要です。								
重症患者認定	重症患者認定基準に該当する場合								
人工呼吸器等装着	現在お持ちの子ども難病医療受給者証に記載されている病名によって継続して常時、生命維持管理装置(人工呼吸器、体外式補助人工心臓)を装着する必要があり、日常生活動作が著しく制限されている方								
高額かつ長期	本制度の受給認定を受けている直近1年間に於いて、医療費総額が5万円を超える月が6回ある場合								
世帯内按分特例	受診者と同じ世帯内(同じ医療保険の加入者)で、子ども難病の医療費助成を受けているもしくは申請中の者がいる場合								
	子ども難病 氏名()受給者番号()								
他の医療助成の変更	追加				削除				
受診指定医療機関 <small>(新しい医療機関は変更申請日から適用となります。)</small>	名称	追加・削除							
	所在地	追加・削除							
	名称	追加・削除							
	所在地	追加・削除							
受給者証再交付	申請者氏名								

* 受給者証再交付については、必要書類はありません。

* 薬局の追加のみの場合と、医療機関(薬局含む)の削除のみの場合、新たな受給者証の交付はありません。