

大阪市小児慢性特定疾病医療受給者証 記載事項変更届

様式第8号

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】医療受給者証の写し	
被用者保険の場合 ・世帯調書（被保険者の変更時のみ） ・受診者及び被保険者の健康保険証の写し（受診者分に被保険者名の記載あれば被保険者分は省略可能） ・課税証明書（被保険者が非課税の場合のみ） 国民健康保険の場合 ・世帯調書 ・住民票上の世帯全員の健康保険証の写し ・同意書（様式第7号） ・同意書裏面の課税証明書（業種別国民健康保険の場合のみ）	
重症患者認定 人工呼吸器等装着者 高額かつ長期 世帯内按分特例	重症患者認定基準に該当する場合 承認疾病によって継続して常時、人工呼吸器又は体外式補助人工心臓等を装着する必要がある、日常生活動作が著しく制限されている方 申請月を含めた直近1年間の本制度認定期間内に、承認疾病にかかる医療費総額が5万円を超える月が6回ある場合 同一医療保険の世帯内に、指定難病又は小児慢性特定疾病の認定者（申請中含む）がいる場合 追加 氏名()受給者番号() <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性 削除 氏名()受給者番号() <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性
自己負担上限月額の特例 *該当する項目に○印 (新しい自己負担上限額は原則、変更申請日の翌月1日から適用となります。)	重症患者認定申請書 ・医療意見書別紙（重症患者認定意見欄に記載があるもの） ・医療意見書別紙（人工呼吸器等装着証明添付書類欄に記載があるもの） ・上限額管理票の写し ・医療費領収書の写し(上限額管理票のみで金額確認できる場合は省略可能)
階層区分	税の修正申告等により市民税額や収入額に変更が生じた場合等で、階層区分の再判定を希望する場合 ・算定対象者の状況により異なるため詳しくはお尋ねください。
受診指定医療機関 (新しい医療機関は変更申請日から適用となります。)	追加・削除 名称 所在地 追加・削除 名称 所在地 追加・削除 名称 所在地
医療受給者証再交付	理由 紛失 ・ 汚損 ・ その他
小児慢性特定疾病児手帳交付	理由 追加交付希望 ・ 紛失 ・ 汚損

*新しい医療受給者証の保護者欄には、小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（様式第1号）に記載された申請者の情報が反映されます。
 *薬局の追加の場合と、医療機関（薬局含む）の削除の場合、その他、医療受給者証の記載内容に変更が生じない場合は、新たな医療受給者証の交付はありません。