

大阪市小児慢性特定疾病医療受給者証 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】医療受給者証の写し		
氏名	受診者氏名	変更後の内容						
	保護者氏名							
住所	受診者住所	変更後の内容	〒 _____ 区					
	保護者住所							
疾病の変更・追加	変更	変更前		変更後		・小児慢性特定疾病医療意見書		
	追加							
受診者が加入する医療保険			変更前		変更後		被用者保険の場合 ・世帯調査（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 ・世帯調査 ・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）	
	被保険者氏名							
	保険種別	被用者保険 ・ 国民健康保険		被用者保険 ・ 国民健康保険				
	被保険者証発行機関			保険者名称				
	被保険者証記号番号			記号				
	保険加入世帯員（国保のみ）	氏名（ ）	氏名（ ）	氏名（ ）	氏名（ ）	氏名（ ）		
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月額は原則、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	重症患者認定基準に該当する場合				・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）		
	人工呼吸器等装着者	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				・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）		
	高額かつ長期	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				・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）		
	世帯内按分特例	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				・按分対象者の医療受給者証の写し（削除する場合は不要）		
追加・削除		氏名（ ）	受給者番号（ ）	<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性				
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。
 *薬局の追加のみの場合と、医療機関（薬局含む）の削除のみの場合、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。