

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	〒 ー 大阪市 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 ・世帯調書（被保険者の変更時のみ） ・受診者及び被保険者の医療保険の資格情報が確認できる資料（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医療保険の資格情報が確認できる資料 ・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				
	保険者	\			保険者名称				
					保険者番号				
	記号番号	\			記号				
					番号				
	保険加入世帯員（国保のみ）	氏名（	）		氏名（	）			
氏名（		）		氏名（	）				
氏名（		）		氏名（	）				
氏名（		）		氏名（	）				
氏名（		）		氏名（	）				
自己負担上限月額の特例	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）	
	*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。）	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（		） □指定難病 □小児慢性			
	氏名（		）受給者番号（		） □指定難病 □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。		
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（ただし、申請者が成年患者である場合は空欄となります）。

*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。