

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			
	追加						
受診者が加入する医療保険		変更前	変更後				
	被保険者氏名						
	保険種別	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					
		保険者番号					
	被保険者証記号番号	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					
	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					
	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					
	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					
	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			
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						
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。