

小児慢性特定疾病医療受給者証等記載事項変更届

受給者番号							生年月日		年	月	日
対象児童等氏名											
住 所	〒 ー (電話番号 ー ー ) 仙台市 区										
保護者氏名	対象児童等との続柄 ( )										
住 所 (児童と異なる場合記入)	〒 ー (電話番号 ー ー ) 仙台市 区										

変更事項	※下記欄のうち、変更のあった事項のみ記入してください。										
住 所	〒 ー (電話番号 ー ー ) 仙台市 区										
対象児童等氏名						保護者氏名					
医療保険	保 険 種 別	全国健康保険協会 健保組合 共済組合 船員保険 市町村国保 国保組合 生活保護									
	被 保 険 者 氏 名	対象児童等との続柄 ( )									
	保 険 者 名 称										
	保 険 者 番 号						記 号 ・ 番 号				
※必ず記入してください。											
変更を生じた日	年 月 日										

・加入医療保険の変更の場合、以下について同意する場合は☑をつけてください。同意されない場合は、書面での提出が必要です。

私は届け出にあたり、仙台市が私及び世帯員の市町村民税情報及び加入医療保険の資格情報、公的年金や特別児童扶養手当の受給状況、仙台市外にお住まいの申請者の住民基本台帳に関する情報について調査・閲覧することに同意します。

・被保険者が社会保険加入かつ市町村民税非課税の場合、以下について同意する場合及び長期入院に該当する場合は☑をつけてください。

私は届け出にあたり、被保険者及び申請者の本年1月1日時点の住所及び被保険者が市町村民税非課税であることについて、仙台市が保険者へ情報提供することに同意します。

受診者は、申請月以前の1年間の入院日数が通算して90日を超えています。

上記のとおり、小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書及び小児慢性特定疾病医療受給者証に記載された事項の変更について届け出ます。

(あて先) 仙台市長

令和 年 月 日

届出者 氏名

対象児童等との続柄 ( )

(注1) 医療受給者証を添付してください。

(注2) 自己負担上限額(所得区分・人工呼吸器等装着・高額かつ長期・重症認定)及び疾病名の変更については、支給認定の変更を行うため、支給認定申請書に記載して申請してください。