

特定医療費（指定難病）受給者証等記載事項変更届

受 診 者	フリガナ		年 齢	歳	生 年 月 日
	氏 名				大 正 昭 和 平 成 令 和
	住 所				
保 護 者	氏 名		受診者 との関係		
	住 所 (受診者と異なる場合に記入)				
受 給 者 番 号					
変 更 の あ る 事 項 に	事 項	変 更 前	変 更 後		
	<input type="checkbox"/> 受給者に関する事項 (氏名・住所・電話番号)				
	<input type="checkbox"/> 被保険者証に関する事項 (記号及び番号・保険者名 ・保険者所在地・受診者 と同一の加入者)				
	<input checked="" type="checkbox"/> 医療保険の適用区分				
	<input type="checkbox"/> そ の 他				
備 考					
私は、特定医療費支給認定申請書及び特定医療費受給者証に記載された事項の変更について、上記のとおり届け出ます。					
届出者氏名					
年 月 日					
京都府知事 様					

※1 届出者氏名については、自筆による署名としてください。

※2 指定医療機関、自己負担上限額（所得区分・人工呼吸器装着・軽症高額相当・高額かつ長期）及び

指定難病の名称の変更については、支給認定の変更を行うため、特定医療費支給認定申請書（変更）に記入し申請して下さい。