様式第９号

変更届出書

保険変更
住所･氏名･送付先変更
再交付
返還

小児慢性特定疾病支給認定申請書

※太枠内を記載してください。変更となったカ所に☑を記載してください

受給者番号							

患者	フリガナ		性別	生年月日		
	□氏名		男・女	平成・令和	年　月　日	年齢
	□個人番号					
	フリガナ □住所	〒	□電話番号	－	－	
保護者（患者が18歳未満の場合のみ記入）	フリガナ		続柄	生年月日		
	□氏名			明・大 昭・平	年　月　日	
	□個人番号					
	フリガナ □住所	〒	□電話番号	－	－	
送付先（患者（患者が18歳未満の場合は保護者）住所以外を希望の場合に記入）	フリガナ				続柄	
	□氏名					
	フリガナ □住所	〒	電話番号	－	－	
□患者が加入している医療保険	保険者名		保険者番号			
	被保険者氏名		記号・番号			
□ 再交付	再交付の理由	・　紛失のため ・　き損、汚損のため ・　その他（　　）	再交付を希望するもの	□受給者証＋月額管理表 □受給者証のみ		
□ 返還	返還事由	治ゆ・死亡・転出・他法・その他（　　）	発生年月日	年　月　日		

私は、小児慢性特定医療費医療受給者証に記載された事項の変更・返還・再交付等について、上記のとおり届出します。

令和　　年　　月　　日

宮城県知事　　殿

届出者氏名

以下記載不要です

保健所使用欄

添付書類チェック（保険変更）	添付書類チェック（住所氏名送付先変更）	添付書類チェック（再交付）	添付書類チェック（返還）	HCNo
□保険情報書類 □受給者証写し	□変更内容がわかるもの（送付先変更を除く） □受給者証写し □再交付希望の有無確認	□き損、汚損受給者証（提出があった場合）	□受給者証原本 □管理票原本	

保険情報
目視確認