

第1号様式の6(第1条の6関係)

小児慢性特定疾病医療受給者証等記載事項変更届出書				
受 診 者	フリガナ		生年月日	
	氏 名		年 月 日	
	個人番号			
	フリガナ			
	住 所	(〒 —)		
届出者(保護者) (※)	フリガナ		受診者との続柄	
	氏 名			
	個人番号			
	フリガナ			
	住 所	(〒 —)		
受給者番号		電話番号		
変更年月日	年 月 日			
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後	
	受診者に関する事項 (氏名・住所・電話番号)			
	保護者に関する事項 (氏名・住所・電話番号 ・続柄)			
	加入医療保険に関する事項 (記号及び番号・保険者名 ・被保険者名・受診者と 同一の加入者等)			
	その他の事項			
備 考				
<p>私は、小児慢性特定疾病医療受給者証及び小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書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。</p> <p>届出者氏名</p> <p>年 月 日</p> <p>久留米市保健所長 宛て</p>				

※ 受診者本人と異なる場合に記入してください。