

小児慢性特定疾病医療受給者証等記載事項変更届

東大阪市

受診者	受給者番号		生年月日
	ふりがな		年 月 日生
	氏名		(歳)
	個人番号	
	住所	〒	

<変更内容>

		変更前	変更後	
受診者	ふりがな			
	氏名			
	住所	〒 -	〒 -	
	電話番号	- -	- -	
	被保険者証等	記号		
		番号		
		被保険者証発行機関名		
		受診者と同一の加入者		
保護者	ふりがな			
	氏名			
	住所	〒 -	〒 -	
	電話番号	- -	- -	
その他の事項				

※変更のあった箇所について記入してください。

年 月 日
上記のとおり、記載事項に変更がありましたので、届け出ます。

申請者（保護者）氏名 _____ 続柄（ _____ ）

※自筆による署名とし、18歳以上の受診者は本人名を記入すること。

住所 〒

個人番号

(宛先) 東 大 阪 市 長

市記入欄

個人番号確認方法	<input type="checkbox"/> 申請者提出書類 <input type="checkbox"/> その他
加入医療保険確認方法	<input type="checkbox"/> マイナ保険証及びマイナポータルの資格情報画面 <input type="checkbox"/> マイナ保険証のみ <input type="checkbox"/> 別添のとおり