

特定医療費（指定難病）受給者証等記載事項変更届（※1）											
受 診 者	受給者番号				性別	男	・	女	年齢	生 年 月 日	
	フリガナ										
	氏 名								年 月 日		
	住 所		〒【電話番号：】								
保 護 者 ※2	フリガナ						受診者 との関係				
	氏 名										
	住 所 （受診者と異なる場合に記入）		〒【電話番号：】								
変 更 の あ る 事 項 に ☑	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）									
	☐	受給者（保護者）に 関する事項 （氏名・住所・電話番号）									
	☐	加入医療保険に関する事 項 （記号及び番号、 保険者名等）									
	☐	支給認定基準世帯員に 関する情報 （氏名・個人番号）									
	☐	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											
宮崎県知事 殿											

※1 指定医療機関、自己負担上限額（所得区分・人工呼吸器装着・軽症高額該当・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）に記載し申請すること。

※2 受診者が18歳未満の場合に記入。