

(様式第3号)

岡山市特定医療費(指定難病)受給者証等記載事項変更届

岡山市長 様

年 月 日

難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第13条の規定により次のとおり届け出ます。

(届出人)

フリガナ		受給者 番号							
患者氏名									
住所	〒 - 岡山市 区		連絡先	- -					
患者が18歳未満の場合は以下を記入									
保護者氏名			患者と の続柄						
保護者住所	〒 - 岡山市 区		<input type="checkbox"/> 患者に同じ 保護者 連絡先	- -					

(変更事項) 該当箇所にチェック☑し、下の欄に変更内容を記入してください。

患者の氏名、住民票住所

(運転免許証等、住民票上の住所が確認できる公的な書面を持参ください)

保護者の氏名、住民票住所

(運転免許証等、住民票上の住所が確認できる公的な書面を持参ください)

加入医療保険(保険証 記号・番号・保険者名称・被保険者名)

添付書類:被保険者証のコピー

〔 ※国民健康保険組合の方:同意書と同一保険加入者の市町村民税(非)課税証明書

※被用者保険で被保険者が市町村民税非課税の場合:被保険者の市町村民税非課税証明書 〕

支給認定基準世帯員の氏名

患者及び届出人等のマイナンバー(マイナンバーカード等を提示してください)

(変更内容)

変更前	変更後	変更年月日
(変更内容1) <input type="checkbox"/> 受給者証のとおり	<input type="checkbox"/> コピーのとおり	年 月 日
(変更内容2) <input type="checkbox"/> 受給者証のとおり	<input type="checkbox"/> コピーのとおり	年 月 日

※注意事項

この届に伴い世帯収入に変更がある場合、岡山市が職権で自己負担上限額を変更します。
(変更認定の翌月1日から適用)

保健所処理欄	受理日
--------	-----