

特定医療費（指定難病）受給者証等変更届

申請区分 ( <input checked="" type="checkbox"/> )する)		<input type="checkbox"/> 特定医療費（指定難病）受給者証 <input type="checkbox"/> 特定疾患医療受給者証 <input type="checkbox"/> 登録者証		
受給者／ 要支援者	フリガナ	生年月日		受給者番号
	氏名	年 月 日 ( 歳)		(登録者証の場合は 記載不要)
	個人番号 (12桁)			
届出者	北海道知事 様 私は、上記のとおり、特定医療費（指定難病）受給者証等に記載された事項変更について、届け出ます。 年 月 日 申請者氏名 (署名) ※続柄が保護者の場合のみ、個人番号の記載をお願いします。			
	個人番号 (12桁)	続柄		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 保護者（受診者又は受給者が18歳未満） <input type="checkbox"/> 代理人（裏面委任状の記載が必要です）
変更の あ る 事 項	変更前		変更後	
	<input type="checkbox"/> 氏名			
	<input type="checkbox"/> 住所			
	(電話 - - )		(電話 - - )	
	<input type="checkbox"/> 保険種別	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 被用者（本人・家族） <input type="checkbox"/> 国保組合（本人・家族） <input type="checkbox"/> 後期高齢 ※生保併用の場合は複数チェック		<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 被用者（本人・家族） <input type="checkbox"/> 国保組合（本人・家族） <input type="checkbox"/> 後期高齢 ※生保併用の場合は複数チェック
<input type="checkbox"/> 保険区分	<input type="checkbox"/> 市町村 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会北海道支部 <input type="checkbox"/> 北海道後期高齢者医療広域連合 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 市町村 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会北海道支部 <input type="checkbox"/> 北海道後期高齢者医療広域連合 <input type="checkbox"/>	
記号番号	(記号)	(番号)	(記号)	(番号)
<input type="checkbox"/> 世帯員	世帯調書に記載し添付			
保健所等記入欄	収受印		【届出の添付資料】 (1) 氏名変更の場合 <input type="checkbox"/> 戸籍抄本、住民票、運転免許証（コピー）、マイナンバーカード（コピー）のいずれか（変更の内容が記載されているもの） (2) 住所変更の場合 ア 市町村の異動を伴う場合 <input type="checkbox"/> 住民票又はマイナンバーカード（コピー）（変更の内容が記載されているもの） イ 同市町村内の異動 <input type="checkbox"/> 住所の変更の内容が分かるもの（郵便物又は運転免許証のコピー等） (3) 医療保険変更の場合 <input type="checkbox"/> 変更後の保険証のコピー <input type="checkbox"/> 同意書（様式2） <input type="checkbox"/> 所得区分の認定に必要な書類 (4) 世帯員変更の場合（世帯員の住所変更など） <input type="checkbox"/> 変更後の世帯調書	
			整理番号	

※該当する□にチェックしてください。

※受給者及び個人番号（すでに個人番号の提出がある場合は、記載は不要です。）、届出者の記入は必須です。

※登録者証の場合は氏名変更のみ届け出ができます。

代理人（患者又は保護者以外の方）が申請を行う場合は、委任状の提出が必要です。

※提出のみの代行の場合は不要です。

※代理人の方は、委任状に記載した住所・氏名を確認できる身分証明書等のコピーを添付してください。

委任状

北海道知事 様

年 月 日 委任者（患者又は保護者）氏名 \_\_\_\_\_（署名）

私は、次の者を代理人として、特定医療費（指定難病）支給認定申請に関する権限を委任します。

代理人 氏名 \_\_\_\_\_（署名） 委任者との関係 \_\_\_\_\_

〒（ - ） 電話番号（ - - ）

住所 \_\_\_\_\_