

様式第17号（第15条関係）

指定医療機関変更届兼受給者証等記載事項変更届			受給者番号						
受診者	ふりがな		生年月日			満年齢			
	氏名		年	月	日	歳			

変更する事項		変更前	変更後	
<input type="checkbox"/>	受診者	ふりがな		
		氏名		
<input type="checkbox"/>	住所			
<input type="checkbox"/>	保護者	ふりがな		
		氏名		
		住所		
<input type="checkbox"/>	電話番号			
<input type="checkbox"/>	健康保険の内容	保険者名		
		保険種別	健保協会 ・ 健保組合 ・ 国保 退職国保 ・ 共済組合 ・ 国保組合	健保協会 ・ 健保組合 ・ 国保 退職国保 ・ 共済組合 ・ 国保組合
		記号・番号		
		被保険者氏名 (受給者との続柄)	()	()
		適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ・Ⅳ・Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ	ア・イ・ウ・エ・オ・Ⅳ・Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ

受診希望の医療機関	医療機関名 (病院・薬局・訪問看護ステーション)	所在地・電話番号
	追加	
	削除	
	追加	
	削除	
	追加 削除	

私は、小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書及び小児慢性特定疾病医療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。

明石市長 様 年 月 日

申請者住所 _____ 受給者との続柄

申請者氏名 _____ ()