

県単独指定難病の医療給付に係る変更届出書

年 月 日

(宛先)

埼玉県知事

【申請者：患者本人又は保護者（患者が18歳未満の場合）の記名】

埼玉県特定疾患等医療給付事業実施要綱第16の規定により、申請内容に係る事項を次のとおり変更したいので届出ます。

氏名		患者との続柄	
受給者番号			

1 患者に関する事項

変更事由 (該当するもののみ記入)	変更する内容	変更年月日
氏名		年 月 日
居住地		年 月 日
日中連絡がつく電話番号		

2 保護者に関する事項

変更事由 (該当するもののみ記入)	変更する内容		変更年月日
氏名・続柄		続柄	年 月 日
居住地			年 月 日
日中連絡がつく電話番号			

3 患者が加入する健康保険に関する事項（保険者名称、記号・番号等に関すること。）

変更年月日	年 月 日		
フリガナ			
変更後の被保険者氏名			変更後の患者との続柄
保険者名称	変更前	変更後の記号・番号 (後期高齢者医療広域連合の場合は被保険者番号)	
	変更後		

(裏面)

4 支給認定基準世帯員に関する事項

加入する健康保険を変更した場合及び支給認定基準世帯員に変更が生じた場合に記入してください。
なお、支給認定基準世帯員欄には患者と同じ健康保険に加入する者全員を記入してください。

患者氏名			保護者氏名 (保護者が申請する場合)			
支給認定基準世帯員	患者と同じ健康保険に加入する方の氏名	生年月日	患者との続柄	患者と同じ健康保険に加入する方の氏名	生年月日	患者との続柄

5 送付先に関する事項

変更事由 (該当するもののみ記入)	変更する内容			変更年月日
氏名・続柄		続柄		年 月 日
居住地				年 月 日
日中連絡がつく電話番号				

6 その他の変更事項

変更年月日	
変更事項	
変更理由	