

支給認定の申請に係る事項の変更届出書

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】

難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第13条第1項の規定により、支給認定の申請に係る事項を次のとおり変更したいので届け出ます。

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
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
電話番号			

3 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
電話番号			

(裏面)

4 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		
変更事項1	フリガナ		患者との続柄	
	被保険者氏名			
変更事項2	保険者名称		記号・番号	

5 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(フリガナ)	生年月日 (元号に○をつけて記入)	患者との続柄	患者と同じ健康保険に加入する方の氏名(フリガナ)	生年月日 (元号に○をつけて記入)	患者との続柄
		明治 大正 昭和 平成 年 月 日			明治 大正 昭和 平成 年 月 日	
		明治 大正 昭和 平成 年 月 日			明治 大正 昭和 平成 年 月 日	
		明治 大正 昭和 平成 年 月 日			明治 大正 昭和 平成 年 月 日	
		明治 大正 昭和 平成 年 月 日			明治 大正 昭和 平成 年 月 日	
		明治 大正 昭和 平成 年 月 日			明治 大正 昭和 平成 年 月 日	
		明治 大正 昭和 平成 年 月 日			明治 大正 昭和 平成 年 月 日	
		明治 大正 昭和 平成 年 月 日			明治 大正 昭和 平成 年 月 日	

6 自己負担上限月額算定のために必要な事項

変 更 年 月 日	
変 更 事 項	
変 更 理 由	

7 その他の事項

--