

※区役所で使用しますので記入は不要です。

第4号様式

公費負担者番号	5	2	1	4				
受給者番号 ※								

No.	※
決裁番号	※

小児慢性特定疾病医療給付変更・再発行届

(届出先) 横浜市 長

年 月 日

受給者 (対象児童)	フリガナ							性別	生年月日	年 月 日 (満 歳)		
	氏名 (個人番号)	()						男・女				
	住所	〒 - 横浜市 区 (マンション・アパート名、室番号)						電話番号	()			
	受給者番号							病名				
	受診医療機関名											
	給付決定期間	年 月 日 から			年 月 日 まで							

届出者	氏名 (個人番号)	()				受給者との続柄	1 父 2 母 3 その他 ()				
	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ ※受給者と同居の場合は住所・電話番号の記入は省略できます。左の枠内にレ印をしてください。										
	住所	〒 - 横浜市 区 (マンション・アパート名、室番号)				電話番号	()				

1 氏名、住所、電話番号、健康保険証等が変わった場合												
次のとおり【住所・氏名・電話番号・健康保険・同保険加入者】を変更しましたので届け出ます。												
※変更した項目のみ記入してください。												
							異動日	年 月 日				
変更前							変更後					
住所	〒 -						〒 -					
受給者氏名 (個人番号)	()						()					
電話番号	()						()					
加入保険 ※保険証写添付	保険者番号						保険者番号					
	記号	番号			記号			番号				
同保険加入者 (個人番号)	()						()					
	()						()					
	()						()					