

特定医療費（指定難病）受給者証等記載事項変更届（※1）					
受給者（患者）	受給者番号				
	フリガナ		年 齢	歳	生年月日
	氏名				大正 昭和 平成 令和
	住所				
	連絡先	自宅：	携帯：		
保護者	氏名		受給者（患者）との関係		
	住所 ※受給者（患者）と異なる場合に記入				
	連絡先 ※受給者（患者）と異なる場合に記入		携帯：		

事 項		変 更 前	変 更 後
☐	受給者に関する事項 （氏名・住所・電話番号）		
（注意！）【変更後の医療保険が社会保険の場合】 受給者（患者）が、変更後の医療保険の被扶養者である場合は被保険者の ↓ ↓ 「医療保険情報が確認できる書類（※2）」も併せて提出してください。			
変更のある事項に ☒	加入医療保険に関する事項		
	記号及び番号		
	☐ 保険者名		
	被保険者氏名 （社会保険の場合のみ記入）		
	受給者と同一保険の加入者（社会保険の場合を除く）		
	☐ 医療保険の適用区分		
☐	そ の 他		
備 考			
私は、特定医療費支給認定申請書及び特定医療費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。 届出者氏名（自筆） 年 月 日 京都府知事 様			

※1 自己負担上限額（所得区分・人工呼吸器装着等・軽症高額・高額かつ長期）及び認定疾病の変更については、「特定医療費支給認定 変更申請書」を提出してください。

※2 医療保険情報が確認できる書類とは、「資格確認書の写し」、「資格情報のお知らせの写し」、「マイナポータルからダウンロードした資格情報画面を印刷したもの」のいずれかです。マイナンバーカードを被保険者証として登録している場合は、個人番号（マイナンバー）の提出により省略可能ですが、受給者証の即時交付はできませんので、予め御了承ください。