

※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 市長

年 月 日

| | | | | | | | | | | | | |
|----------------|-------------------|-------------------|--|--|------|-----|--|--|------|-------------|--|--|
| 受給者 (対象児童等) | フリガナ | | | | | | | | 生年月日 | 年 月 日 (満 歳) | | |
| | 氏名 (個人番号) | () | | | | | | | | | | |
| | 住所 | 〒 - 横浜市 区 | | | 電話番号 | () | | | | | | |
| | | (マンション・アパート名、室番号) | | | | | | | | | | |
| | 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 | | | 電話番号 | () | | | | | |
| | (マンション・アパート名、室番号) | | | | | | | | | | |

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) | () | () | | | | | | | | |
| | () | () | | | | | | | | |
| | () | () | | | | | | | | |