別紙様式第８号

特定医療費（指定難病）受給者証等記載事項変更届

受給者番号							

受診者	フリガナ		生　年　月　日
	氏　名		大正・昭和 平成・令和　　年　　月　　日
	住　所	〒　　ー 広島市　　区 （日中の連絡先　　-　　-　　）	

保護者 （受診者が１８歳未満の場合） または 法定代理人	フリガナ		受診者との続柄	生　年　月　日
	氏　名			大正・昭和 平成・令和　　年　　月　　日
	住　所	□　上記受診者に同じ 〒　　ー （日中の連絡先　　-　　-　　）		

変更のある事項に☑	変　更　前	変　更　後
□　受診者に関する事項（氏名・住所・連絡先）		
氏　名		□　上記受診者に同じ
住　所	〒　　ー	□　上記受診者に同じ 〒　　ー 広島市　　区 （日中の連絡先　　-　　-　　）
□　送付先・保護者に関する事項（氏名・住所・連絡先）		
氏　名		
住　所	□　上記受診者に同じ 〒　　ー	〒　　ー （日中の連絡先　　-　　-　　）
□　加入医療保険に関する事項（保険者名・記号及び番号） ※被保険者や支給認定基準世帯員が変更となる場合は支給認定申請書で申請してください。		
保　険　者　名		□　添付書類のとおり　　□　マイナンバー情報連携
記　号　・　番　号		□　添付書類のとおり　　□　マイナンバー情報連携
資　格　取　得　日		□　添付書類のとおり　　□　マイナンバー情報連携 平成・令和　　年　　月　　日
支給認定基準世帯員 （氏名・生年月日）		

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。

また、特定医療費の給付を受けるにあたり必要があるときは、私（又は受診者）の医療保険上の区分につき、広島市が私（又は受診者）の加入する医療保険者に報告することに同意します。
また、情報連携にあたり必要があるときは、広島市が私（又は受診者）及び世帯員の個人番号を調査又は広島市が所有する情報により確認し、情報連携に用いることに同意します。
また、広島県内市町から転入するにあたり必要があるときは、私（又は受診者）の受給者データにつき、広島市が広島県から情報提供を受けることに同意します。
また、本申請受付後、自己負担上限額の決定にあたって、私（又は受診者）及び世帯員の市民税の課税状況並びに後期高齢者医療又は国民健康保険への加入情報を、広島市が所有する個人情報により、調査・確認することに同意します。この調査・確認にあたり、私（又は受診者）が属する世帯全員の同意も得ています。

（ただし、広島市が課税状況を確認できない場合、同意をいただいても課税証明書の提出が必要です。）

広島市長　　様

令和　　年　　月　　日

届出者氏名

事務使用欄	受付担当者（　　）	□医療保険の変更（国・後・社）→（国・後・社） □世帯員　（　　人）→（　　人）	□被保険者の変更　有　・　無
本人確認	手帳（身・療・精）・免許・旅券・個カ・住カ・在カ・受給者証・保・被保・介護・年金・社証・学証・その他（　　）		
代理権確認	戸籍・登記・委任状・その他（　　）		