

(表)

特定医療費支給認定申請事項変更届出書

年 月 日

(宛先) 名古屋市長

届出者 氏名 _____

(受診者が18歳未満の場合は保護者)

次のとおり、変更がありましたので届け出ます。
なお、必要な場合は、名古屋市において市民税等に関する課税資料、国民健康保険資格情報、後期高齢者医療資格情報及び生活保護受給状況について確認されることに同意します。

受給者番号								※変更があった場合のみ記入			
受 診 者	フリガナ							生年月日		年 齢	歳
	氏 名							大正・昭和・平成・令和 年 月 日			
	住 所	〒 ー 名古屋市 区									
	電話番号										
未 保 護 者 (受 診 者 が 18 歳 未 満 の 場 合 に 記 入)	フリガナ							受診者との続柄			
	氏 名										
	住 所	〒 ー 名古屋市 区									
	電話番号										

受給者証等の送付先について受診者住所と異なる送付先を希望する場合は、下記に送付先を記入してください。

送付先 住 所	〒 ー 名古屋市 区			電話 () ー
氏 名			受診者との 続 柄	

(収入に関する申し立て)
☐ 省令第8条に規定する給付は受けていません ☐ 低所得Ⅱで認定されることを承諾します ☐ 上位所得で認定されることを承諾します

(申請者氏名) _____

受 付 欄	階層区分 (該当階層にチェック)	窓口受付印	本庁受付印
	☐ 変更なし ☐ 生活保護 (☐ 境界層該当) ☐ 低所得Ⅰ ☐ 低所得Ⅱ ☐ 一般所得Ⅰ ☐ 一般所得Ⅱ ☐ 上位所得		

(裏)

	変更事項	変 更 前	変 更 後
☐	受 診 者 に 関 す る 事 項 (氏名・住所・電話番号・個人番号)		
☐	保 護 者 に 関 す る 事 項 (氏名・住所・電話番号・受診者との続柄・個人番号)		
☐	医 療 保 険 の 適 用 区 分		
☐	医 療 保 険 に 関 す る 事 項 (記号及び番号・被保険者氏名・保険者番号・保険者名称)	記号 _____ 番号 _____ 被保険者氏名（社保のみ） _____ 保険者番号 _____ 保険者名称 _____	記号 _____ 番号 _____ 被保険者氏名（社保のみ） _____ 保険者番号 _____ 保険者名称 _____
☐	支給認定基準世帯員に関する情報 (氏名・個人番号) ※変更後の支給認定基準世帯員は以下に記載のこと		
備 考			

支給認定基準世帯員（受診者と同じ医療保険に加入する者）															
※受診者が 18 歳未満の場合は保護者についても記入、保険変更等に伴う世帯員の変更時のみ記入してください。															
必要な場合は、名古屋市において市民税等に関する課税資料、国民健康保険資格情報及び後期高齢者医療資格情報について確認されることに同意します。															
氏 名	生 年 月 日	受診者 と の 続 柄	個 人 番 号 (更新又は変更の申請の場合は追加世帯員のみ記入)										医療保険等の種別 (該当するものを チェック)		
	大正・昭和・平成・令和 年 月 日													☐ 国保 ☐ 社保 ☐ 国保組合 ☐ 生保 ☐ 後期高齢	
	大正・昭和・平成・令和 年 月 日													☐ 国保 ☐ 社保 ☐ 国保組合 ☐ 生保 ☐ 後期高齢	
	大正・昭和・平成・令和 年 月 日													☐ 国保 ☐ 社保 ☐ 国保組合 ☐ 生保 ☐ 後期高齢	
	大正・昭和・平成・令和 年 月 日													☐ 国保 ☐ 社保 ☐ 国保組合 ☐ 生保 ☐ 後期高齢	
	大正・昭和・平成・令和 年 月 日													☐ 国保 ☐ 社保 ☐ 国保組合 ☐ 生保 ☐ 後期高齢	

注 該当する□の中にレ印をつけてください。

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。