

変 更 届

(局提出用)

医療券番号	負担者番号	1	3							患者氏名
	受給者番号									

下記の欄は、変更事項のみ記入してください。

								変更年月日		平成		年		月		日	
変 更 事 項	患 者	フリガナ							性別	男 ・ 女	生 年 月 日	明治 大正 昭和 平成					
		氏名	姓					名									
	郵便番号							電話番号	()								
	住所	東京都		区町 市村		丁目		番 号		様方							
保 険 等	種類	協会・船員・日雇・組合・共済・国保・後期高齢 (退職被保険者)										本人・家族					
	記号					番号					保険者番号						
	特定疾病療養受療証	有・無		高齢受給者証	有・無		負担割合	1割・2割・3割									
申 請 者	フリガナ							性別	生 年 月 日								
	氏名	姓					名										
	郵便番号							電話番号	()								
住所	東京都		区町 市村		丁目		番 号		様方								
難病認定患者、B型・C型ウイルス肝炎認定患者の方は、各々「難病」又は「肝炎」欄の該当する箇所に記入し、又は○印を付けてください。																	
難 病	世帯構成の変更	対象者本人が 1 生計中心者 2 生計中心者以外で1人目 3 同一生計内で2人目以降															
	別表第1の2の階層区分					変更事由発生年月日					平成	年		月		日	
	変更理由																
肝炎	別表第5の階層区分	H A D															

- 注 1 患者氏名、住所を変更したときは、住民票の写し又は後期高齢者医療の被保険者証等の写しを添付してください。
(ただし大気汚染医療費助成制度の場合は住民票の写しのみ)
- 2 難病認定患者の方で、世帯構成に変更があった場合は住民票の写し(世帯全員分の記載のあるもの)及び世帯調書を、階層区分が変更になった場合は生計中心者の所得税課税年額又は市町村民税非課税者であることを証明できる書類を添付してください。
- 3 難病認定患者の方で、加入する保険に変更があった場合は、保険者が知事に情報提供することに同意する旨の書類を添付してください。
なお、変更後の医療保険が被用者保険である場合は、市町村民税課税年額を証明できる書類又は所得税課税年額を証明する書類を添付してください。国民健康保険組合の場合は、世帯の被保険者全員分の市町村民税課税年額を証明できる書類を添付してください。
- 4 B型・C型ウイルス肝炎認定患者の方で、東京都難病患者等に係る医療費等の助成に関する規則別表第5の階層区分が変更になった場合は、住民票の写し(世帯全員分で続柄の記載のあるもの)及び世帯全員の市町村民税額を証明できる書類を添付してください。

上記のとおり変更しましたので届け出ます。

平成 年 月 日

届出者氏名

患者との続柄 ()

東京都知事殿

受理年月日	平成	年	月	日	収受印欄
-------	----	---	---	---	------