

変 更 届

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

下記の欄は、変更事項のみ記入してください。

										変更年月日			年 月 日		
変 更 事 項	患 者	フリガナ							性別	男 ・ 女	生年月日	大正・昭和・平成・令和			
		氏名	姓	名				年 月 日生							
	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(退職被保険者)・後期高齢							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	男 ・ 女	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						
別表第5の階層区分 (B型・C型ウイルス肝炎認定患者の方のみ記載してください。)										H	A	D			
別表第6の階層区分 (B型・C型ウイルス肝炎・重度肝硬変認定患者の方のみ記載してください。)										H	A				

- (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。
 2 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。
 3 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。
 4 B型・C型ウイルス肝炎・重度肝硬変認定患者の方で、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6の階層区分が変更になった場合は、限度額適用認定証等の写し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。

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	年 月 日	收受印欄	
-------	-------	------	--