

特定医療費（指定難病）/登録者証（指定難病）申請書・届出書

申請種別	受給者証記載事項変更 ・ 受給者証返還 ・ 受給者証再交付 / 登録者証記載事項変更 ・ 登録者証返還 ・ 登録者証再交付						
受給者番号							

● 受診者/要支援者に関する事項

フリガナ								生年月日
氏名								大・昭 平・令 年 月 日 () 歳
個人番号								
住所	〒							電話 ()

● 保護者に関する事項（受診者/要支援者が18歳未満の場合に記載してください。）

フリガナ								受診者/要支援者 との続柄
氏名								
個人番号								
住所	〒							電話 ()

● 記載事項変更に関する事項（該当の変更事項に○を付けてください。）

変更事項	変更前	変更後
氏名変更		
受給者証 / 登録者証※1		
住所変更	〒	〒
受給者証	電話 ()	電話 ()
変更が生じた日	年 月 日	

※1 登録者証は紙交付のみ届出が必要。

● 返還に関する事項（該当の返還事項・資格消滅事由に○を付けてください。）

返還事項	資格消滅事由	資格消滅年月日
受給者証/登録者証マイナンバー情報連携・マイナンバー情報連携+紙交付・紙交付	治ゆ / 死亡 / 転出 ※2 その他 ()	年 月 日

※2 転出は受給者証のみ届出が必要。

● 再交付に関する事項（該当の再交付事項・再交付の理由に○を付けてください。）

再交付事項	再交付の理由
受給者証 / 登録者証	紛失 / 破損・汚損 / その他 ()

(あて先) 仙台市長

私は、特定医療費支給認定/登録者証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・返還・再交付について、上記のとおり届け出ます。

私は、特定医療費支給認定/登録者証申請書及び登録者証に記載された事項の変更・返還・再交付について、上記のとおり届け出ます。

令和 年 月 日

受診者/要支援者
申請者氏名

(申請者は、18歳未満の場合は保護者、それ以外は受診者/要支援者です。)
(本人死亡の場合は、届出者の氏名を記入してください。)

― 仙台市処理欄 ―

区役所收受印	ウエルポート收受印
窓口 受付	ウエルポート 処理欄

受給者証/登録者証即時発行済

受給者証/登録者証後日郵送 (月 日 発送)

処理不要

未入力進達