

(様式第 1 1 号)

遷延性意識障がい者治療研究事業
限度額適用認定証（限度額適用・標準負担額減額認定証）変更届

平成 年 月 日

保健福祉事務所長
保健所長

医療機関 { 所在地
名称
代表者氏名 印

下記のとおり、遷延性意識障がい者治療研究事業受療者の医療保険の変更を届け出ます。

受療者氏名		
承認番号		
変更年月日	大正・昭和・平成 年 月 日	
有効期限	大正・昭和・平成 年 月 日	
変更前	保険種別	健康保険(協会けんぽ・組合)・共済・国保(市町村・組合)・後期高齢
	適用区分	
変更後	保険種別	健康保険(協会けんぽ・組合)・共済・国保(市町村・組合)・後期高齢
	適用区分	

※添付書類として「限度額適用認定証」または「限度額適用・標準負担額減額認定証」の写しを提出してください。