

特定医療費（指定難病）変更申請書兼届出書

|   |                          |  |                          |        |       |                      |                                 |  |
|---|--------------------------|--|--------------------------|--------|-------|----------------------|---------------------------------|--|
| 受給者番号   |                          |  |                          |        |       |                      |                                 |  |
| 受給者   | フリガナ                     |  |                          |        |       | 生年月日                 |                                 |  |
|   | 氏名                       | 性別   | 男・女                      | 年齢     | 歳     | 大正<br>昭和<br>平成<br>令和 | 年 月 日                           |  |
|   | フリガナ                     |  |                          |        |       |                      |                                 |  |
|   | 住所                       | 〒 ー 市町村                                      |                          |        |       |                      |                                 |  |
| 変更のある事項に<br><input checked="" type="checkbox"/> | 事項                       |  | 変更後                      |        |       | 変更年月日                | 添付書類 ※2                         |  |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 受給者に関する事項           | 住所                       | 〒 ー    |       |                      | 年 月 日                           | 住民票<br>又は<br>公的機関が発行した住所が確認できる書類（保険証、免許証等） |
|   |                          | <input type="checkbox"/> 申請者（受給者証の送付先）に関する事項 | 氏名                       |        |       |                      |                                 |  |
|   |                          | ※変更した項目のみ記載                                  | TEL                      |        |       |                      |                                 |  |
|   | <input type="checkbox"/> | 被保険者証に関する事項                                  | 記号及び番号                   |        |       |                      | 年 月 日                           | 保険証の写し<br>認定世帯員（ ）人<br>分<br>同意書            |
|   |                          |  | 保険者名                     |        |       |                      |                                 |  |
|   | <input type="checkbox"/> | 受診を希望する医療機関・薬局・訪問看護事業所                       | 指定確認                     | 医療機関等名 | 所在地   | 電話番号                 | 変更事由                            |  |
|   |                          |  | <input type="checkbox"/> |        |       |                      | 追加・中止                           |  |
|   |                          |  | <input type="checkbox"/> |        |       |                      | 追加・中止                           |  |
|   |                          |  | <input type="checkbox"/> |        |       |                      | 追加・中止                           |  |
| <input type="checkbox"/>                        |                          |  |                          |        |       | 追加・中止                |                                 |  |
| <input type="checkbox"/>                        | 階層区分に関する事項               | 変更前  |                          | 変更後    | 変更年月日 | 添付書類 ※2 ※3           |                                 |  |
|   |                          |  |                          |        | 年 月 日 | 生活保護受給証明書（任意）        | 医療費申告書 & 自己負担上限額管理票の写し（もしくは領収書） |  |
|   |                          |  |                          |        | 年 月 日 | 境界層該当証明書             |                                 | 所得課税証明書（非課税証明書）（任意）                        |
| <input type="checkbox"/>                        | 医療保険の適用区分                |  |                          |        | 年 月 日 | 限度額適用認定証             |                                 |  |
|   |                          |  |                          |        | 年 月 日 | 臨床調査個人票              |                                 |  |
| <input type="checkbox"/>                        | 個人番号に関する事項               |  |                          |        | 年 月 日 | 世帯状況調査書              |                                 |  |

申請した内容に変更があったため、上記のとおり届け出ます。

申請者 住所  
氏名  
令和 年 月 日

連絡先（電話番号）  
※4  
受給者との続柄 [ ]

群馬県知事 あて

- ※1 申請書は、すべてペン又はボールペンで記入してください（消せるボールペンは使用不可）。
- ※2 添付した書類に○印を記入してください。なお、受給者証（階層区分変更後）の即時発行を希望する場合を除き、所得課税証明書（非課税証明書）、生活保護受給証明書の提出は不要です。
- ※3 下記①～③のすべてに該当する場合は、該当する給付金の受給証明書類を提出してください。
  - ① 市町村民税が「支給認定世帯」全員非課税
  - ② 受給者の前年の合計所得金額が80万円以下
  - ③ 非課税年金等を受給している
- ※4 日中連絡がつかやすい電話番号（携帯可）を記入してください。