

特定医療費（指定難病）変更申請書兼届出書

記載例

受給者番号		1111111 ←特定医療費（指定難病）受給者証に記載された7桁の受給者番号を記入してください。										
受給者	フリガナ	グンマ タロウ		性 別	男	年 齢	〇〇 歳	生 年 月 日	〇〇年 〇〇月 〇〇日			
	氏 名	群馬 太郎						大 正 和 成 平 成				
	フリガナ											
住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 市 町 村 〇〇町〇〇〇											
<p>受給者に関する事項に変更があった場合は添付する書類に○印を記入してください。申請者（受給者証の送付先）の変更のみの場合は添付書類不要です。</p>												
変更のある事項に	事項	変 更 後					変 更 年 月 日	添付書類 ※2				
	<input checked="" type="checkbox"/> 受給者に関する事項	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 高崎市〇〇町〇〇〇〇						住民票 又は 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 checked="" type="checkbox"/> 申請者（受給者証の送付先）に関する事項	氏名						〇〇年〇〇月〇〇日				
	※変更した項目のみ記載		TEL	000-000-0								
	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者証に関する事項	記号及び番号	〇〇〇〇〇 〇〇					〇〇年〇〇月〇〇日	保険証の写し 認定世帯員 (2) 人分			
	※変更した項目のみ記載		保険者名	〇〇〇〇〇〇健康保険組合					〇〇年〇〇月〇〇日	同意書		
	※変更日から一ヶ月以上経過している場合は届出日											
	<input checked="" 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"/>	〇〇大学医学部附属病院	〇〇市〇〇町〇〇		000-000-0000	追加・中止					
		<input type="checkbox"/>	△△薬局	△△市△△町△△		000-000-0001	追加・中止					
<input type="checkbox"/>						追加・中止						
<input type="checkbox"/>						追加・中止						
<input checked="" type="checkbox"/>						追加・中止						
<input checked="" type="checkbox"/> 階層区分に関する事項	変 更	生活保護の場合 → 生活保護の開始日又は廃止日を記入してください。 生活保護以外 → 保健所又は保健福祉事務所へ届け出た月の翌月1日を記入してください。					※3 費申告書 & 上限額管理票 の写し (もしくは領収書) 所得課税証明書(非課税証明書) (任意) 認定世帯員 (2) 人分 その他所得に関する証明書					
<input checked="" type="checkbox"/>		一般所得 I	〇〇年〇〇月〇〇日		境界層該当証明書							
※変更した項目のみ記載		変更前 → 特定医療費（指定難病）受給者証に記載のある適用区分を記入してください。 変更後 → 限度額適用認定証に記載のある適用区分を記入してください。										
<input checked="" type="checkbox"/> 医療保険の適用区分		ウ	Ⅲ		〇〇年〇〇月〇〇日	限度額適用認定証						
<input checked="" type="checkbox"/> 疾患に関する事項		〇〇病			〇〇年〇〇月〇〇日	臨床調査個人票						
<input checked="" type="checkbox"/> 個人番号に関する事項		臨床調査個人票1ページに記載された病名を転記してください。			〇〇年〇〇月〇〇日	世帯状況調書						
申請した内容に変更があったため、上記のとおり届け出												
申請者 住所		前橋市〇〇町〇〇										
氏名		群馬 次郎										
令和		〇〇年 〇〇月 〇〇日										
保健所又は保健福祉事務所へ届け出た日		〇〇年〇〇月〇〇日 (電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)										
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添付してください。

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。

令和3年4月1日以降、申請者の押印は不要です。

階層区分変更時における所得課税証明書（非課税証明書）、生活保護受給証明書の提出は不要です。受給者証（階層区分変更後の）窓口即時発行を希望する場合のみ、変更後支給認定世帯員全員の所得課税証明書（新たに生活保護を受給する場合は生活保護受給証明書）を持参してください。