

記載例

別紙様式第5号

特定医療費（指定難病）／登録者証 変更 申請書兼届出書								
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／要支援者	フリガナ	グンマ タロウ		年	生年月日			
	氏名	群馬 太郎		齢	昭和 平成 令和	〇〇年	〇〇月 〇〇日	
	フリガナ	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市 〇〇町 〇〇〇						
住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市 〇〇町 〇〇〇						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。	
変更のある事項に	事項	変更後						
	<input checked="" type="checkbox"/> 受給者に関する事項 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者に関する事項 <input checked="" type="checkbox"/> 連絡先に関する事項 ※変更した項目のみ記載	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市 〇〇町 〇〇〇	氏名	〇〇年 〇〇月 〇〇日	TEL	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇	住民票 又は 公的機関が発行した住所が確認できる書類（マイナンバーカード、免許証等）
	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者証に関する事項 ※変更した項目のみ記載	記号及び番号	〇〇〇〇〇〇 〇〇	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	加入保険情報は保険証を確認の上、正確に記入してください。	保険証の写し 認定世帯員 ()人 同意書
	<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	〇〇大学医学部附属病院	所在地	〇〇市 〇〇町 〇〇〇	電話番号	〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	変更事由 追加・中止 追加・中止
<input checked="" type="checkbox"/> 階層区分に関する事項 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 境界層該当 <input type="checkbox"/> 同一医療保険に加入する世帯員が疾患追加 <input type="checkbox"/> 高額かつ長期 <input type="checkbox"/> 住所の変更等による世帯員の変更に伴う変更 <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者証の変更に伴う変更 <input type="checkbox"/> 税額変更に伴う変更	変更前	変更後	変更年月日	添付書類 ※2 ※3				
	一般所得Ⅰ	〇〇年 〇〇月 〇〇日	〇〇年 〇〇月 〇〇日	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。	憲書（世帯状況調書） 境界層該当証明書 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	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 <input checked="" type="checkbox"/> 疾患追加 <input type="checkbox"/> 病名変更 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器等	〇〇病	〇〇年 〇〇月 〇〇日	〇〇年 〇〇月 〇〇日	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。	〇〇病	〇〇年 〇〇月 〇〇日	支給開始の年月日を記入してください。申請日から1ヶ月以上遡る場合は理由を記載してください。	
<input checked="" type="checkbox"/> 登録者証に関する事項（氏名変更）※7			年 月 日	公的機関が発行した氏名が確認できる書類（マイナンバーカード、免許証等）				
<input checked="" type="checkbox"/> 個人番号に関する事項 <input type="checkbox"/> 世帯員の追加・削除 <input checked="" type="checkbox"/> 個人番号の変更			年 月 日	保健所又は保健福祉事務所へ届け出た日を記入してください。				
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	前橋市 〇〇町 〇〇			連絡先（電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇）			
氏名	群馬 次郎			※4	申請者の押印は不要です。			
令和	〇〇年 〇〇月 〇〇日			受給者との続柄	[長男]			
				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。
 - 市町村村民税が「支給認定世帯」全員非課税
 - 受給者の前年の合計所得金額が80万円以下
 - 非課税年金等を受給している
- ※4 日中連絡がしやすい電話番号（携帯可）を記入してください。
- ※5 特定医療費の支給認定日は申請日から1ヶ月前（やむを得ない理由により申請が行えなかった場合は最長3ヶ月前）の同じ日まで遡って申請することが可能です。そのため、申請日に関わらず臨床調査個人票に記載された診断年月日等、特定医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日を記載してください。
- ※6 審査の結果、必ずしも記載された支給認定日とならない場合もあります。
- ※7 マイナンバー情報連携を活用している場合は、届出不要です。