

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										
受給者／要支援者	フリガナ			年 齢	歳	生 年 月 日				
	氏 名					昭和 平成 令和	年	月	日	
	フリガナ									
住 所	〒 ー 市 町 村									
変更のある事項に☑	事 項		変 更 後				変 更 年 月 日	添付書類 ※2		
	□ 受給者に関する事項 □申請者に関する事項 □連絡先に関する事項 ※変更した項目のみ記載	住所	〒 ー				年 月 日	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)		
		氏名								
		TEL								
	□ 加入医療保険に関する事項 ※変更した項目のみ記載	記号及び番号					年 月 日	医療保険の資格情報が確認できる書類 認定世帯員 () 人分 同意書		
		保険者名								
	□ 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		
		□						追加・中止		
		□						追加・中止		
	□ 階層区分に関する事項 □生活保護 □境界層該当 □同一医療保険に加入する世帯員が疾患追加 □高額かつ長期 □住所の変更等による世帯員の変更に伴う変更 □加入医療保険の変更に伴う変更 □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			
				年 月 日	開始の場合：生活保護受給証明書（任意） 廃止の場合：医療保険の資格情報が確認できる書類・住民票・同意書（・世帯状況調書）		自己負担上限額管理票の写し又は 医療費申告書十領収書			
					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 () 人分 その他所得に関する証明書			
□ 医療保険の適用区分					年 月 日	限度額適用認定証				
□ 疾患に関する事項 □疾患追加 □病名変更 □人工呼吸器等					年 月 日	臨床調査個人票				
	特定医療費支給認定日の逾りの希望									□有・□無
	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 ※5※6 (希望がない場合は変更年月日を記載)		年 月 日							
☑ 登録者証に関する事項（氏名変更）※7	群馬 花子		前橋 花子		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)				
	個人番号に関する事項 □世帯員の追加・削除 □個人番号の変更				年 月 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、マイナンバー情報連携を活用して確認させていただくため、所得課税証明書（非課税証明書）及び生活保護受給証明書、医療保険の資格情報が確認できる書類の提出は不要です。

※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 日中連絡がつきやすい電話番号（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。