

特定医療費（指）				申請書兼届出書			
変更前	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。			
	フリガナ	グンマ タロウ		年	生年月日		
	氏名	群馬 太郎		〇〇歳	昭和 平成 令和	〇〇年 〇〇月 〇〇日	
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 前橋市 〇〇町 〇〇〇		【添付書類】 受給者証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。 連絡先(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☑をつけ、変更の内容を以下の欄に記載してください。							
事 項		変 更 後		変 更 年 月 日		添付書類 ※1	
☑	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	【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。		【以下のいずれかを必ず提出してください】 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)	
	申請者に関する事項	フリガナ					医療保険の資格情報が確認できる書類 認定世帯員()人分 (任意) 同意書(必須)
	連絡先に関する事項	氏名					
	※変更した項目のみ記載	TEL	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇				
☑	加入健康保険に関する事項	記号及び番号	〇〇〇〇〇 〇〇	保険種別 協会けんぽ・組合健保・船員・共済 国保・国保組合・後期	〇〇年〇〇月〇〇日		
	※変更した項目のみ記載 ※マイナンバー情報連携を活用される場合は、記入不要です。	保険者名	〇〇〇〇〇〇健康保険組合				
☑	受診を希望する医療薬局・訪問看護事業	指定医療機関等名	医 療 機 関 等 名	所在地	電話番号	変更事由	
	・受給者証に記載された医療機関に変更希望がない場合は、この欄は記入不要です。 ※受給者証に「都道府県、指定都市から指定を受けた医療機関」の記載があれば、個別の医療機関名がなくても利用可能です。				〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	追加 中止 追加・中止	
☑	階層区分に関する事項	変 更 前	変 更	【変更年月日】 ・生活保護：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。		※2	
	□生活保護 □境界層該当 □同一医療保険に加入する世帯員の階層区分変更 □高齢かつ長期 □住所の変更等による世帯員の変更に伴う変更 ※ □加入健康保険の変更に伴う変更 ※ □税額変更に伴う変更 ※	一般所得Ⅰ	※が付く場合のみ下記も記載してください。 遺族年金、障害年金又は寡婦年金又は各種手	〇〇年〇〇月〇〇日		上級管理票の写し 又は 申告書十領収書	
	健康保険の適用区分	ウ		【適用区分】 変更前：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。		認定証	
	疾患に関する事項	変更前：受給者証に記載のある病名を転記 変更後：臨床調査個人票1ページに記載された病名を転記	〇〇病	臨床調査個人票		・遡り希望の有無をチェックした上で、支給開始の年月日を記入してください。	
☑	登録者証に関する事項(氏名変更) ※3			年 月	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。		
	個人番号に関する事項			〇〇年〇〇月〇〇日			
	＜マイナンバー情報連携を活用するため、住民票、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を省略した方へ＞					□希望する	
	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 前橋市〇〇町〇〇〇		連絡先(日中連絡のつく電話番号)		()			
氏名 群馬 一郎		[〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇]		]			
令和 〇〇年〇〇月〇〇日		申請者の押印は不要		受給者との続柄 [長男]			
群馬県知事		あて					

※1 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、住民票、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。

※2 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80万9千円以下、 ③ 非課税年金等を受給している

※3 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。