

特定医療費（指定難病）／登録者証 変更 申請書兼届出書

変更前	受給者番号			
	フリガナ		年 齢	生 年 月 日
	氏 名		歳	昭 和 年 月 日 平 成
	住 所	〒 ー 市町村		

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
<input type="checkbox"/> 受給者に関する事項 <input type="checkbox"/> 申請者に関する事項 <input type="checkbox"/> 連絡先に関する事項 <small>※変更した項目のみ記載</small>	住所	〒 ー	年 月 日	【以下のいずれかを必ずご提出ください】 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）
	フリガナ			
	氏名			
	TEL			
<input type="checkbox"/> 加入健康保険に関する事項 <small>※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。</small>	記号及び番号	協会けんぽ・組合健保・船員・共済 国保・国保組合・後期	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 （任意） 同意書 （一部共済組合のみ ※2）
	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
	<input type="checkbox"/>			
<input 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の階層区分変更 <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 type="checkbox"/> 加入健康保険の変更に伴う変更 ※ <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 ※1 ※3
		※が付く場合は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当金等の受給の有無 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	年 月 日	開始：生活保護受給証明書（任意） 廃止：健康保険の資格情報が確認できる書類・住民票・（世帯状況調査書） 境界層該当証明書 同一健康保険に加入する世帯員の受給者証の写し
<input type="checkbox"/> 疾患に関する事項 <input type="checkbox"/> 疾患追加 <input type="checkbox"/> 病名変更 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器等	特定医療費支給認定日の遡りの希望 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無		年 月 日	【遡りの希望について】 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）まで遡ることが可能です。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。 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。
	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（希望がない場合は変更年月日を記載） 【上記の欄が申請日から1ヶ月前以上前の年月日となっている理由】 <input type="checkbox"/> 臨床調査個人票の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 症状の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> 大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他（ ）			
<input type="checkbox"/> 登録者証に関する事項（氏名変更）※4			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 type="checkbox"/> 個人番号に関する事項 <input type="checkbox"/> 世帯員の追加・削除 <input type="checkbox"/> 個人番号の変更			年 月 日	世帯状況調査書
<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> マイナンバー制度では、DVや虐待等の被害を受けて避難している場合（被害を受けるおそれがある場合も含む。）に、所在地につながる情報（所在の都道府県名又は市町村名）を秘匿することが可能です。希望される方は、☑をお願いします。				<input type="checkbox"/> 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

連絡先（日中連絡のつく電話番号）

[]

氏名

受給者との続柄 []

令和 年 月 日

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 国家公務員共済組合及び地方公務員共済組合の場合のみ同意書が必要です。

※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80万9千円以下、 ③ 非課税年金等を受給している

※4 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。