

特定医療費（指

申請書兼届出書

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。

変更前	受給者番号	1111111		
	フリガナ	グンマ タロウ		
	氏名	群馬 太郎	年齢	〇〇歳 昭和 平成
	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	変更前	変更後	変更年月日	添付書類 ※1
<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 <small>※変更した項目のみ記載</small>	住所 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 高崎市 〇〇町 〇〇〇	フリガナ 群馬 タロウ	〇〇年〇〇月〇〇日	【以下のいずれかを 必ず提出してください】 <input checked="" type="checkbox"/> 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"/> 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 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	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)
<input checked="" type="checkbox"/> 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 〇〇病	所在地 〇	電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	変更事由 <input checked="" type="checkbox"/> 追加 中止 <input type="checkbox"/> 追加・中止

【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。

・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。

事項	変更前	変更後	変更年月日	添付書類 ※1 ※3
<input checked="" type="checkbox"/> 階層区分に関する事項 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 境界線該当 <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 <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 ※	一般所得 I	<small>※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当金等の支給の有無 ☑有 ・ ☐無</small>	〇〇年〇〇月〇〇日	自己負担上乗額管理票の写し 又は 医療費申告書+領収書 所得課税証明書(非課税証明書) 認定世帯員()人分 その他所得に関する証明書 (任意)
<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	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ヶ月以上前年の年月日となっている理由】 <input checked="" type="checkbox"/> 臨床調査個人票の変換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()	〇〇病	〇〇年〇〇月〇〇日	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ ☐無 臨床調査個人票 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。
<input checked="" type="checkbox"/> 登録者証に関する事項(氏名変更) ※4			年月	
<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 type="checkbox"/> 個人番号の変更			〇〇年〇〇月〇〇日	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ ☐無 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。

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

・通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。

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。

＜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。

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

氏名 群馬 一郎

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

連絡先(日中連絡のつく電話番号) [〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇]

受給者との続柄 [長男]

申請者の押印は不要

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いたため、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。