

特定医療費（指定難病）支給認定申請内容 変更届

(表面)

公費負担者番号		542860 <sup>18</sup> <sub>26</sub>	受給者番号							
受診者	フリガナ		年齢	生年月日						
	氏名			大正・昭和 年 月 日 平成・令和						
	住所	〒 電話 ( ) -								
保護者	フリガナ		受診者との続柄							
	氏名									
住所 (受診者と異なる場合に記入)		〒 電話 ( ) -								
受診者・(保護者)に関する事項		変更前			変更後					
変更のある事項に <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 住所	〒			〒					
	<input type="checkbox"/> フリガナ									
	<input type="checkbox"/> 氏名									
	<input type="checkbox"/> 電話番号	- -			- -					
	<input type="checkbox"/> 個人番号 (マイナンバー)	変更前の個人番号は記載不要			変更後の個人番号は、別紙 特定医療費（指定難病）支給認定個人番号記載票に記載のこと					
	<input type="checkbox"/> 医療保険に関する事項	裏面に記載してください。								
	<input type="checkbox"/> 市町民税非課税で、本人（又は保護者）の年収80万円以下の場合	市町民税非課税世帯で、受給者本人（保護者）の収入（障害年金や特別児童扶養手当等を含む）が、年間80万円以下であることを申告します。 申請者氏名								
	<input type="checkbox"/> 上位所得の申立	階層区分が「上位所得」となることを了承します。 ※課税状況を確認せず、上限額が30,000円または20,000円になります。 ←該当する場合は○								
	<input type="checkbox"/> 生活保護の開始	・生活保護受給開始日：（和暦） 年 月 日から ・医療保険の加入： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（継続） <input type="checkbox"/> あり（受給者証記載の保険から変更がある※） ※保険に変更がある場合裏面に記載してください								
	<input type="checkbox"/> 生活保護の停止等	・生活保護受給継続 ・医療保険の加入なし ・医療保険の資格喪失日：（和暦） 年 月 日（停止解除日） ・生活保護受給継続 ・医療保険の加入： <input type="checkbox"/> 今回新しく加入 <input type="checkbox"/> 受給者証記載の保険から変更 ・医療保険の資格取得日：（和暦） 年 月 日（停止日）※裏面も記載してください								
<input type="checkbox"/> 生活保護の廃止	・生活保護廃止日：（和暦） 年 月 日から ・医療保険の加入： <input type="checkbox"/> 今回新しく加入※ <input type="checkbox"/> 受給者証記載の保険から変更※ <input type="checkbox"/> 継続 ※裏面も記載してください									
受給者証記載の住所と送付先が異なる場合は、右記に記載してください。（今後の受給者証・更新案内の送付先として登録されます）		〒 ぁて名 様(続柄: )								
難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第13条第1項の規定により、上記のとおり届け出ます。 本届出の認定に必要な場合は、兵庫県において、市民税等に関する課税情報、医療保険上の所得区分情報、国民健康保険情報、後期高齢者医療情報、生活保護受給者情報、特別児童扶養手当情報、特別障がい者手当情報、障がい児福祉手当情報、小児慢性特定疾病情報を確認されることに同意します。 兵庫県知事様 令和 年 月 日 届出者氏名										

**【医療保険の変更】** 以下の1~3の項目全てを記載してください。

※医療保険の内容の一部の変更であっても、全ての項目について、原則として空欄不可です。  
 ※記載漏れや書類不備がある場合、追加書類を提出いただく他、通常よりも受給者証の交付が遅れる可能性があります。  
 ※医療保険の変更を伴わず、階層区分の見直しを希望する場合、様式第4号(変更申請書)により申請してください。

**1 医療保険の内容について**

記号・番号のみの変更の場合も、変更前後の全ての事項を記載してください。

事項		変 更 前	変 更 後
変更のある事項に☑	<input type="checkbox"/> 保険種別	被用者保険(社会保険)・国民健康保険 国民健康保険組合・後期高齢	被用者保険(社会保険)・国民健康保険 国民健康保険組合・後期高齢
	<input type="checkbox"/> 保険者名 (〇〇組合、〇〇市等)		
	<input type="checkbox"/> 記号・番号		
	<input type="checkbox"/> 被保険者氏名 (患者との続柄)	(氏名) (続柄)	(氏名) (続柄)

**2 支給認定基準世帯員及び按分の状況について**

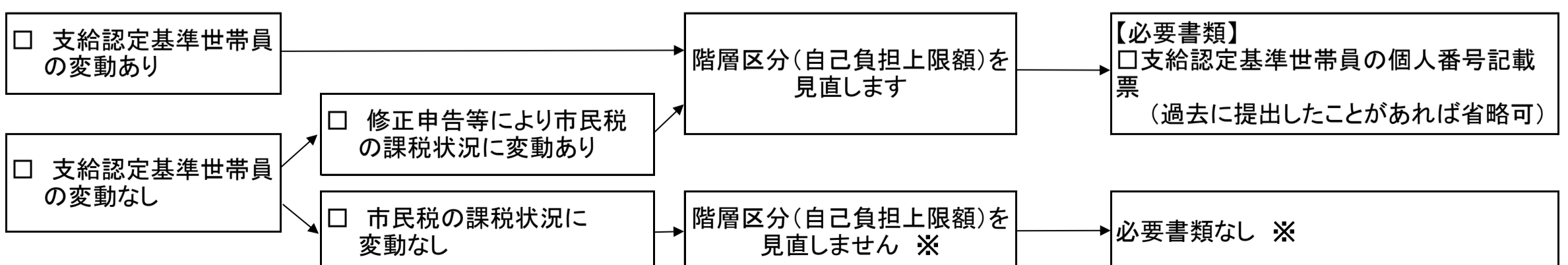
医療保険の変更前後の支給認定基準世帯員について、記載してください。

なお、今回、支給認定基準世帯員から外れる方がある場合は、氏名等を記載の上、斜線を引いてください。(記載例参照)

記載例	フリガナ		変更の有無	続柄	生年月日		ア:現住所 (郵便番号、県・市区町村名まで記載)		
	氏名				※16歳未満かどうか		イ:令和 年1月1日時点の住所地		
記載例	① 受診者	ヒョウゴ ハナコ	/	本人	昭和 〇年 〇月 〇日	<input type="checkbox"/>	(ア現住所)〒***-**** 芦屋市△△町		
		兵庫 花子			16歳未満の場合チェック		(イ令和元年1月) 同上		
記載例	② 氏名	ヒョウゴ タロウ	/	父	昭和 〇年 〇月 〇日	<input type="checkbox"/>	(ア現住所)〒***-**** 〇〇県△△市□□町		
		兵庫 太郎			16歳未満の場合チェック		(イ令和 年1月)		
保険変更前後の支給認定基準世帯員	① 受診者		/		大正・昭和 平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/>	(ア現住所)〒		
	カナ		/		16歳未満の場合チェック	<input type="checkbox"/>	(ウ住民登録外課税地)〒		
	② 氏名		/		大正・昭和 平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/>	(ア現住所)〒		
	カナ		/		16歳未満の場合チェック	<input type="checkbox"/>	(イ令和 年1月)〒		
	③ 氏名		/		大正・昭和 平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/>	(ウ住民登録外課税地)〒		
カナ		/		16歳未満の場合チェック	<input type="checkbox"/>	(ア現住所)〒			
④ 氏名		/		大正・昭和 平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/>	(イ令和 年1月)〒			
カナ		/		16歳未満の場合チェック	<input type="checkbox"/>	(ウ住民登録外課税地)〒			
⑤ 氏名		/		大正・昭和 平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/>	(ア現住所)〒			
カナ		/		16歳未満の場合チェック	<input type="checkbox"/>	(イ令和 年1月)〒			
按分	受給者と同じ医療保険(記号番号も同じ)に加入する世帯員(16歳未満含む)のうち、指定難病又は小児慢性特定疾病の受給者証の交付を受けている者の申告						☐追加 ☐削除 ☐継続 ☐変更		
	<input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小児	フリガナ 氏名		病名	※告示番号	受給者番号			

**3 階層区分(自己負担上限額)の見直しについて**

医療保険の変更に伴う、階層区分変更の有無を確認するため該当するものに☑を入れてください。また、必要書類を添付してください。



※変更申請の時期(6/2以降)によっては、新年度の課税状況を確認し、階層区分を見直す必要があります。その際は追加書類を依頼する可能性があります。