

特定医療費(指定難病等)受給者証記載事項変更届

香川県知事 殿

年 月 日

私は、特定医療費支給認定申請書及び特定医療費受給者証に記載された事項の変更について、下記のとおり届け出ます。また、自己負担額の決定に必要な世帯状況、課税状況、生活保護受給状況、国民健康保険等の医療保険加入状況、年金受給状況、特別児童扶養手当等の受給状況を県が調査すること及び関係機関が県へ情報提供することに同意し、また支給認定基準世帯員全員の同意を得て届け出ます。

必ず記入してください。

届出者(受診者)氏名
(受診者が18歳未満の場合は保護者氏名)

受給者番号		生年 月日	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 平	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 令	年	月	日	
受診者	フリガナ					日中連絡可能な電話番号		
	氏名					() -		
	住所	〒						
保護者	フリガナ		受診者との続柄					日中連絡可能な電話番号
	氏名					() -		
	住所 受診者と異なる場合に記入	〒						

変更があった事項について、変更後の内容を記入して下さい。※太線外は記入不要

受診者	フリガナ					登録者証(紙)の氏名変更	<input type="checkbox"/> 希望する
	氏名						
	住所	〒					
保護者	フリガナ					受診者との続柄	
	氏名						
	住所	〒					
自己負担上限額		<input type="checkbox"/> 保険の変更 <input type="checkbox"/> 世帯員の変更 <input type="checkbox"/> 課税額の変更 <input type="checkbox"/> 生活保護に変更					
医療保険	保険者名称					被保険者氏名	
	保険記号・番号・枝番	記号	番号	番号	枝番		
受診者と 同じ医療保険 の変更の場合 を必ず記入 して下さい。	氏名	続柄	指定難病・小児慢性特定疾病受給の有無(受診者番号)	R6.1.1時点で住民票のある市町村(上記の住所と同じ場合は記載不要)	市町村民税額		
	受診者	本人	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 指定難病(国・県) <input type="checkbox"/> 小児慢性 ()		非(80万円超口以内) 口均 口所()		
			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 指定難病(国・県) <input type="checkbox"/> 小児慢性 ()		非(80万円超口以内) 口均 口所()		
			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 指定難病(国・県) <input type="checkbox"/> 小児慢性 ()		非(80万円超口以内) 口均 口所()		
			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 指定難病(国・県) <input type="checkbox"/> 小児慢性 ()		非(80万円超口以内) 口均 口所()		

県 使用 欄	遺族年金・障害年金等受給	<input type="checkbox"/> 生保 0円	<input type="checkbox"/> 一般Ⅰ 10,000円	<input type="checkbox"/> 高長	<input type="checkbox"/> 按分あり
	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 低Ⅰ 2,500円	<input type="checkbox"/> 一般Ⅱ 20,000円	<input type="checkbox"/> 人工	
	<input type="checkbox"/> 80万円超 <input type="checkbox"/> 80万円以内	<input type="checkbox"/> 低Ⅱ 5,000円	<input type="checkbox"/> 上位 30,000円	()円	()円
	適用区分	有効期間①		有効期間②	有効期間③
		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

備考欄	
-----	--

【必要書類】 ①変更届 ②難病受給者証(原本) ③添付書類(下表参照)

変更箇所	添付書類
受診者の氏名・住所	氏名・住所の変更が確認できる書類 ※下記(注1)参照
保護者の氏名・住所	(例)住民票、戸籍抄本、運転免許証の表裏コピー等
受診者の県外転出	転出先の都道府県での手続き終了後に、香川県に「①変更届」「②難病受給者証(原本)」を提出してください。
受診者・保護者の個人番号	①個人番号調書 ②番号確認書類(例)マイナンバーカードの表裏コピー等
医療保険等に関する事項	<p>1 保険記号・番号のみ変更の場合</p> <p>①医療保険の資格情報が確認できる資料のコピー ※下記(注1)参照</p> <p>②同意書(国指定難病のみ)</p> <p>2 国民健康保険、国民健康保険組合又は後期高齢者医療制度に変更となる場合</p> <p>「受診者」及び「受診者と同じ国保、国保組合又は後期高齢に加入している方全員」の①②の提出が必要</p> <p>①医療保険の資格情報が確認できる資料のコピー ※下記(注1)参照</p> <p>②市町村民税所得課税証明書等 ※下記(注1・2)参照</p> <p>・義務教育を終了していない世帯員は、省略することができます。</p> <p>・世帯全員が非課税で、受診者又は保護者に次の収入がある場合は、金額を証明する書類が必要です。</p> <p>◀障害年金、遺族年金、特別児童扶養手当、障害手当、福祉手当、障害補償▶</p> <p>③同意書(国指定難病のみ)</p> <p>3 被用者保険(健康保険組合、全国健康保険協会等)に変更となる場合</p> <p>①医療保険の資格情報が確認できる資料のコピー ※下記(注1)参照</p> <p>②「被保険者」の市町村民税所得課税証明書等 ※下記(注1・2)参照</p> <p>※被保険者が「非課税=課税額0円」の場合は(1)(2)を必ずご確認ください。</p> <p>(1)被保険者と受診者両方の所得課税証明書が必要です。</p> <p>(2)受診者又は保護者に次の収入がある場合は、金額を証明する書類が必要です。</p> <p>◀障害年金、遺族年金、特別児童扶養手当、障害手当、福祉手当、障害補償▶</p> <p>③同意書(国指定難病のみ)</p> <p>4 自己負担上限額が変更となる場合</p> <p>①医療保険の変更に伴って変更</p> <p>医療保険の変更届を提出(上記、1、2、3参考)</p> <p>②世帯員の医療保険等の変更に伴って変更</p> <p>医療保険が同じ世帯員を確認できる住民票、医療保険の資格情報が確認できる資料のコピー 所得課税証明書 等</p> <p>③世帯員の課税額の変更に伴って変更</p> <p>該当世帯員の所得課税証明書 等</p> <p>④生活保護への変更の場合</p> <p>生活保護受給世帯又は中国残留邦人を証明する書類</p>
<p>【注意事項】</p> <p>(注1)マイナンバー情報連携等により、情報を確認できる場合は、省略することができます。 変更届に必ず、変更のあった事項を記入してください。記載漏れがある場合は省略できません。 また、①被用者保険で市町村民税非課税の被保険者、②国民健康保険組合に加入している方、③収入未申告の方、④DVや虐待により支援措置を受けている方は、所得課税証明書の原本の提出が必要です。</p> <p>(注2)所得課税証明書の年度は、提出時期や変更時期・内容によって異なります。</p> <p>○提出時期 4月1日～6月1日 ⇒「前年度」の証明書 6月2日～3月31日 ⇒「当年度」の証明書</p> <p>○変更時期・内容 下記(1)及び(2)を満たす。⇒「前年度と当年度両方」の証明書 (1)6月又は7月に保険変更 (2)・被用者保険に変更かつ被保険者が非課税 ・国民健康保険組合に変更</p> <p>(注3)変更に伴い世帯員の追加がある場合は、上記必要書類とあわせて、追加された世帯員の「個人番号調書」及び「番号確認書類(マイナンバーカードの表裏コピー等)」の提出が必要です。</p>	