

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。

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)

必ず記入してください。

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 <small>受診者が18歳未満の場合に記入</small>	フリガナ							日中連絡可能な電話番号
	氏名							() -
	住所 <small>受診者と異なる場合に記入</small>	〒						

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 保険の変更 世帯員の変更 課税額の変更 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

受診者と同じ医療保険に加入している方を必ず記入してください。	医療保険の変更の場合	氏名	受診者との続柄	指定難病・小児慢性特定疾病受給の有無(受診者番号)	保険者番号	市町村住民税額	自己負担上限額
		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 ()	<input type="checkbox"/> 非(80万超以内) <input type="checkbox"/> 均 <input type="checkbox"/> 所()円	<input type="checkbox"/> A 0円	
				<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 指定難病(国・県) <input type="checkbox"/> 小児慢性 ()	<input type="checkbox"/> 非(80万超以内) <input type="checkbox"/> 均 <input type="checkbox"/> 所()円	<input type="checkbox"/> B1 2,500円	
				<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 指定難病(国・県) <input type="checkbox"/> 小児慢性 ()	<input type="checkbox"/> 非(80万超以内) <input type="checkbox"/> 均 <input type="checkbox"/> 所()円	<input type="checkbox"/> B2 5,000円	
				<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 指定難病(国・県) <input type="checkbox"/> 小児慢性 ()	<input type="checkbox"/> 非(80万超以内) <input type="checkbox"/> 均 <input type="checkbox"/> 所()円	<input type="checkbox"/> C1 10,000円	
				<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 指定難病(国・県) <input type="checkbox"/> 小児慢性 ()	<input type="checkbox"/> 非(80万超以内) <input type="checkbox"/> 均 <input type="checkbox"/> 所()円	<input type="checkbox"/> C2 20,000円	
				<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 指定難病(国・県) <input type="checkbox"/> 小児慢性 ()	<input type="checkbox"/> 非(80万超以内) <input type="checkbox"/> 均 <input type="checkbox"/> 所()円	<input type="checkbox"/> D 30,000円	
		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 指定難病(国・県) <input type="checkbox"/> 小児慢性 ()	<input type="checkbox"/> 非(80万超以内) <input type="checkbox"/> 均 <input type="checkbox"/> 所()円	特例認定 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 人工 ()円			
		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 指定難病(国・県) <input type="checkbox"/> 小児慢性 ()	<input type="checkbox"/> 非(80万超以内) <input type="checkbox"/> 均 <input type="checkbox"/> 所()円	按分 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()円			

【県使用欄】	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

【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 (例) 住民票、戸籍抄本、運転免許証の表裏コピー等 ※保険が国保、国保組合又は後期高齢者の場合は住民票(世帯全員分)の提出が必要です。
保護者の氏名・住所	
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受診者の保険証のコピー 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者に加入している方 全員」の①②の提出が必要</p> <p>①保険証のコピー ②市町村民税所得課税証明書等 ※取得する年度…下記(注1)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。 ・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。 《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「受診者」及び「被保険者」の保険証のコピー ※受診者の保険証に、被保険者の名前の記載があれば、被保険者の保険証のコピーは省略できます。 ②「被保険者」の市町村民税所得課税証明書等 ※取得する年度…下記(注1)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。 (1)被保険者と受診者両方の所得課税証明書が必要です。 (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。 《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 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 医療保険が同じ世帯員を確認できる住民票、 保険証のコピー、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 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 生活保護受給世帯又は中国残留邦人を証明する書類</p>

【注意事項】

(注1) 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。

○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

○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

(注2) 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。

(注3) 添付書類は、認定申請時等に提出済みであれば省略できます。