

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。

届出者氏名															
届出者:受診者本人 (受診者が18歳未満の場合は保護者)															
受給者番号						生年月日		<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <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					枝番			
受診者と同じ医療保険の変更の場合 を必ず記入してください。	氏名	続柄	指定難病・小児慢性特定疾病受給の有無(受給者番号)				R7.1.1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(80.9万円超口以内) <input type="checkbox"/> 均 <input type="checkbox"/> 所()				
			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 指定難病(国・県) <input type="checkbox"/> 小児慢性 ()								非(80.9万円超口以内) <input type="checkbox"/> 均 <input type="checkbox"/> 所()				
			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 指定難病(国・県) <input type="checkbox"/> 小児慢性 ()								非(80.9万円超口以内) <input type="checkbox"/> 均 <input type="checkbox"/> 所()				
			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 指定難病(国・県) <input type="checkbox"/> 小児慢性 ()								非(80.9万円超口以内) <input type="checkbox"/> 均 <input type="checkbox"/> 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"/> 低 I 2,500円 <input type="checkbox"/> 一般 II 20,000円 <input type="checkbox"/> 人工 <input type="checkbox"/> 低 II 5,000円 <input type="checkbox"/> 上位 30,000円 ()円 ()円		<input type="checkbox"/> 按分あり		
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 80.9万円超 <input type="checkbox"/> 80.9万円以内 有効期間①	有効期間②		有効期間③		マイナンバー提出
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 了 <input type="checkbox"/> 不備 <input type="checkbox"/> 不要		
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(※1)								
受診者の氏名・住所 保護者の氏名・住所	添付書類は必要ございません。								
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香川県で発行した難病受給者証(原本)」 「③転出先で発行された難病受給者証(コピー)」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(マイナンバー)調書 ② 変更があった方の個人番号確認書類 (※2) ③ 「受給者の」本人確認書類 (※3)								
医療保険に関する事項	<p>1 支給認定基準世帯員(※4)の追加がある場合</p> <p>① 個人番号(マイナンバー)調書 ② 「追加された方全員」の個人番号確認書類(※2) ③ 「受給者の」本人確認書類(※3)</p> <p>2 受給者または支給認定基準世帯員(※4)に市町村民税未申告の方がいる場合</p> <p>未申告の方の市町村民税所得課税証明書(※5)</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>以下の場合には提出不要です。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・収入が公的年金収入のみの場合 ・被用者保険の被保険者が市町村民税の課税有りの場合 ・義務教育を修了していない場合 </div> <p>3 変更後の医療保険が国家公務員共済組合・地方公務員共済組合であり、被保険者が市町村民税非課税の場合</p> <p>同意書(国指定難病のみ)</p> <p>4 1～3に該当しない場合</p> <p>添付書類は必要ございません。</p>								
生活保護	生活保護の受給、又は中国残留邦人を証明する書類								
住民税課税額	変更があった方の市町村民税所得課税証明書(※5)								
<p>【注意事項】</p> <p>(※1) 以下の場合、変更内容を確認できる書類を追加で依頼することがあります。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・変更届に記載漏れがある場合 ・マイナンバーを用いた情報連携等により、変更内容を確認できなかった場合 ・DVや虐待により支援措置を受けている場合 <p>(※2) 以下のうちいずれか1種類の原本を提示(郵送の場合はコピーを提出)してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個人番号カードの裏面 ・個人番号の記載のある住民票 ・通知カード(住所等の記載内容が住民票上の情報と一致している場合のみ可) <p>(※3) 「官公署から発行・発給された書類その他これに類する書類で、氏名・生年月日又は住所が記載されているもの」を提示(郵送の場合はコピーを提出)してください。 代理人が届出を行う場合は、個人番号(マイナンバー)調書の委任状欄に記入の上、代理人の本人確認書類を提示(郵送の場合はコピーを提出)してください。</p> <p>主な本人確認書類(例)</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>1枚で確認できる書類(顔写真あり)</th> <th>2枚で確認できる書類(顔写真なし)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>○個人番号カード(表面)</td> <td>○資格確認書 ○年金手帳</td> </tr> <tr> <td>○運転免許証</td> <td>○所得課税証明書</td> </tr> <tr> <td>○身体障害者手帳</td> <td>○特定医療費(指定難病)受給者証</td> </tr> </tbody> </table> <p>(※4) 支給認定基準世帯員は保険種別により異なります。</p> <p>国民健康保険・国民健康保険組合 ⇒ 受給者と同じ世帯かつ同じ医療保険に属する方全員 後期高齢者医療広域連合 ⇒ 受給者と同じ世帯かつ後期高齢者医療広域連合に加入している方全員</p> <p>被用者保険 ⇒ 被保険者</p> <p>(※5) 市町村民税所得課税証明書の年度は、提出時期等によって異なります。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 		1枚で確認できる書類(顔写真あり)	2枚で確認できる書類(顔写真なし)	○個人番号カード(表面)	○資格確認書 ○年金手帳	○運転免許証	○所得課税証明書	○身体障害者手帳	○特定医療費(指定難病)受給者証
1枚で確認できる書類(顔写真あり)	2枚で確認できる書類(顔写真なし)								
○個人番号カード(表面)	○資格確認書 ○年金手帳								
○運転免許証	○所得課税証明書								
○身体障害者手帳	○特定医療費(指定難病)受給者証								