

# 特定医療費（指定難病）支給認定変更（届）申請書

<input type="checkbox"/> 変更届		<input type="checkbox"/> 変更申請	
受給者	受給者番号		受給者証有効期限
	フリガナ		年 月 日
	氏名 <small>(変更の場合、変更後の氏名)</small>	生年月日	年 月 日 年齢 歳
住所	住所 <small>(変更の場合、変更後の住所)</small>	〒 熊本市 区 TEL ( )	
	フリガナ		
保護者	氏名 <small>(変更の場合、変更後の氏名)</small>	受給者との続柄	
	住所 <small>(変更の場合、変更後の住所)</small>	〒 熊本市 区 TEL ( )	
(該当するものにチェック)	<input type="checkbox"/> 氏名変更 ( → ) <input type="checkbox"/> 性別変更 ( → ) <input type="checkbox"/> 住所変更 <input type="checkbox"/> 保護者情報変更 (氏名・住所) <input type="checkbox"/> 指定医療機関の変更 <input type="checkbox"/> 高額かつ長期の該当 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着者の該当 <input type="checkbox"/> 生活保護等の受給 (開始・廃止) <input type="checkbox"/> 市町村民税課税額の変更		<input type="checkbox"/> 指定難病の名称 (追加・変更) <input type="checkbox"/> 加入医療保険の変更 <input type="checkbox"/> 支給認定基準世帯員 (同じ医療保険の加入者) の変更 <input type="checkbox"/> 同じ医療保険に加入している「指定難病医療受給者」の変更 <input type="checkbox"/> 同じ医療保険に加入している「小児慢性特定疾病受給者」の変更
	※上記内容の変更の場合は裏面記載は不要です。		※上記内容の変更の場合は、 <b>裏面記載が必要</b> です。
『医療機関の変更』・・・変更を希望する医療機関を以下にご記入ください。			
該当に○	指定医療機関名 (病院、診療所、薬局、訪問看護事業所等)	所在地 (県外の場合は都道府県名から)	
追加 削除	①		
追加 削除	②		
追加 削除	③		
追加 削除	④		
追加 削除	⑤		
私は、上記のとおり、特定医療費の支給を変更申請します。 年 月 日 熊本市長 様 申請者氏名			(受付印)    ※ 自署の場合は押印不要です。 ※ 受診者が18歳未満の場合、申請者は保護者になります。
臨床調査個人票の研究等への利用についての同意をされる方は、別添「研究利用に関するご説明」をご確認いただき、以下に署名をお願いします。			
私は、指定難病の研究を推進するため、提出した臨床調査個人票が、別添「研究利用に関するご説明」のとおり、指定難病の治療研究等、指定難病に係る研究及び政策を立案するための基礎資料として利用されることを同意します。 年 月 日 受給者氏名 印 ※記名押印又は自筆による署名。			裏面あり
厚生労働大臣 様 申請者氏名 印 ※受給者が未成年又は成年被後見人等の理由により、受給者に代わって申請者が同意する場合に記入。			

※事務処理欄

受付日 (有効期間開始日)		市 町 村 民 税 額		A	生保	C1	一般Ⅰ	自己負担上限額	
				B1	低Ⅰ	C2	一般Ⅱ		
				B2	低Ⅱ	D	上位		

臨個票  
  保険証  
  非課税所得証明  
  課税証明書 (同意書)  
  受給者証 (難病・小慢)  
 /  
 自己負担上限額変更 (あり・なし)

受給者番号																				
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

変更内容	09	09	10	11	02	04	05	03	03	01	03	08	07	07	07	07
	氏名	性別	住所	保護者	医療機関	高額長期	人工呼吸	生保開始	生保廃止	指定難病	医療保険	世帯員	難病・増	難病・減	小慢・増	小慢・減

再交付	有	無
適用区分	(前)	(後)

裏面 ≪記入事項 続き 以下は、該当する部分のみ記載ください。≫

『指定難病の名称（追加・変更）』・・・以下にご記入ください。

変更前の指定難病の名称	該当に○	追加又は変更後の指定難病の名称
	追 加 変 更	
軽症高額	申請日の属する月以前の12月以内に、上記難病に係る月毎の医療費総額（10割）が33,330円を超える月が3回以上ありましたか。	あり ・ なし

『加入医療保険の変更』・・・以下にご記入ください。

加入 医療保険	保険種別	生活保護・市町村国保・国保組合・協会けんぽ・共済・健保組合・後期高齢・その他																	
	被保険者氏名										受給者との続柄								
	マイナンバー (個人番号)																		
	保険者名称										保険者番号								
	記号										番号								

『支給認定基準世帯員（同じ医療保険の加入者）の変更』・・・以下に同一保険の世帯員全員をご記入ください。

支給認定基準世帯員とは、受給者と同一の医療保険に加入している方（市町村国保、国保組合、後期高齢者医療の方は世帯員全員。それ以外の保険の方は受給者本人と被保険者のみです。）を指します。生活保護受給の方は受給者本人のみです。（受給者が18歳未満の場合は保護者になります。）

支給認定基準世帯員	氏名	受給者との続柄	生年月日	個人番号	1月1日時点の住所
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		

『同じ医療保険に加入している「指定難病医療受給者」の変更』・・・以下にご記入ください。

該当に○	氏名	受給者番号
増 減		

『同じ医療保険に加入している「小児慢性特定疾病受給者」の変更』・・・以下にご記入ください。

該当に○	氏名	受給者番号
増 減		