

※ 事務処理欄

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	適用区分 (前) (後)	再交付 有・無
	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		

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

『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。）

保険の変更を行った方は、支給認定基準世帯員の変更がない場合でもご記入ください。

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		
			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		