

特定医療費（指定難病）支給認定変更（届）申請書

※名称変更・追加時に使用
CD-R
審査資料 枚
(臨個票を除く)

☐ 変更届 ☐ 変更申請																
受給者	受給者番号				受給者証有効期限				年			月		日		
	フリガナ				生年月日				年			月		日		
	氏名 (変更の場合、 変更後の氏名)				年齢				年			月		日		
	郵便番号				日中連絡が取れる電話番号				-			-				
	住所 (変更の場合、 変更後の住所)				熊本市				区							
保護者	フリガナ				受給者との続柄											
	氏名 (変更の場合、 変更後の氏名)															
	郵便番号				日中連絡が取れる電話番号				-			-				
	住所 (変更の場合、 変更後の住所)				熊本市				区							
(該当するものにチェック)	☐ 氏名変更 (→)				☐ 指定難病の名称 (追加・変更)											
	☐ 住所変更				☐ 支給認定基準世帯員 (同じ医療保険の加入者) の変更											
☐ 保護者情報変更 (氏名・住所)				☐ 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												
☐ 加入医療保険の変更				☐ 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												
☐ 高額かつ長期の該当				※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、 裏面記載が必要 です。								
☐ 人工呼吸器等装着者の該当																
☐ 生活保護等の受給 (開始・廃止)																
☐ 市町村民税課税額の変更																
『加入医療保険の変更』・・・以下にご記入ください。(※支給認定基準世帯員については裏面にご記入ください)																
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									
熊本市長様														(受付印)		
私は、上記のとおり、特定医療費の支給を変更申請します。																
厚生労働大臣様																
私は、別添「指定難病の医療費助成・登録者証の申請における臨床調査個人票情報の研究等への利用について」の説明を読み、指定難病の医療費助成の申請に当たり提出した臨床調査個人票の情報が、①厚生労働省のデータベースに登録されること、②研究機関等の第三者に提供され、指定難病に関する創薬の研究開発等に利用されることに同意します(※1)。																
☐ 同意する ☐ 同意しない																
年 月 日 申請者氏名																
※受診者が18歳未満の場合、申請者は保護者になります。																
裏面あり																

※1「臨床調査個人票情報の研究等への利用についての同意」につきましては、指定難病の名称の追加・変更申請をされる場合のみ対象となります。同意をされる方は、別添「指定難病の医療費助成・登録者証の申請における臨床調査個人票情報の研究等への利用について」をご確認いただき、「同意する」にチェックをお願いします。

※ 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	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		

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
特定医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日（※2）	年 月 日	【左記の欄が申請日から1か月以上前の年月日となっている理由】 ☐ 臨床調査個人票の受領に時間を要したため ☐ 症状の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため ☐ 大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要したため ☐ その他		
	☐ 説明を理解し、記入しました			
（※2）特定医療費の支給開始日は、指定医が重症度分類を満たしていると診断した日又は軽症高額の基準を満たした日の翌日（ただし遡り期間は原則申請日から1か月前（やむを得ない理由により申請が行えなかった場合は最長3か月前）の同じ日）まで遡ることが可能。そのため、申請日に関わらず、臨床調査個人票に記載された診断年月日等、特定医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日を記載。				

『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		