

特定医療費（指定難病）受給者証等記載事項変更届

年 月 日

(宛先) 川崎市長

届出者
住 所
氏 名

難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第13条第1項の規定により、次のとおり届け出ます。

受 給 者 番 号														
患 者	氏 名													
	住 所	〒												
	日中連絡がとれる電話番号 (携帯電話番号も可)	— —												
	個 人 番 号													
保 護 者 (患者が 18歳未 満の場合 に記入)	氏 名											患者との続柄		
	住 所	〒 ※ 患者と同じ場合は記入不要です。												
	日中連絡がとれる電話番号 (携帯電話番号も可)	— —												
	個 人 番 号													

変更事項（変更があった事項のみ記入してください。）

患 者 に 関 する 事 項	フリガナ													
	氏 名													
	住 所	〒												
	日中連絡がとれる電話番号 (携帯電話番号も可)	— —												
	個 人 番 号													
医 療 保 険	保 険 者 名							保 険 者 番 号						
								被 保 険 者 記 号 ・ 番 号						
	被 保 険 者 氏 名							患者との続柄		医療保険の適用区分				
保 護 者 に 関 する 事 項	フリガナ											患者との続柄		
	氏 名													
	住 所	〒												
	日中連絡がとれる電話番号 (携帯電話番号も可)	— —												
支 給 認 定 基 準 世 帯 員 に 関 する 事 項	フリガナ							生 年 月 日	年 月 日		患者との続柄			
	氏 名							生 月 日	年 月 日		患者との続柄			
	個 人 番 号													
	フリガナ							生 年 月 日	年 月 日		患者との続柄			
	氏 名							生 月 日	年 月 日		患者との続柄			
※ 住所が患者と異なる場合又は今年（申請日の属する月が1月から6月までの場合は、前年）の1月1日現在の住所が市外の場合は、別紙「支給認定基準世帯員補足事項」を提出してください。														

☐ 追加
☐ 減少
☐ 変更
☐ 追加
☐ 減少
☐ 変更

同じ医療保険に加入する者に関する事項		フリガナ 氏 名	受給者番号
	指定難病の特定医療費の支給認定を受けた患者に該当する者		
	医療費支給認定に係る小児慢性疾患児童等に該当する者		

送付先に関する事項	フリガナ 氏 名		日中連絡がとれる電話番号 (携帯電話番号も可)	— —
	住 所	〒		

<必要書類>

○患者本人のマイナンバー確認書類の申請窓口提示またはコピー【共通】

○変更事項により必要な書類が異なります。【該当のみ】

氏名の変更	市内に居住の方…添付書類は必要ありません。 市外に居住の方…マイナンバーを記載いただくか、又は氏名の変更が確認できる書類(住民票のコピー、運転免許証のコピー等)書類を添付してください。
住所の変更	添付資料は必要ありません。
患者が加入する医療保険の変更	<p>1 国民健康保険又は後期高齢者医療保険に変更となる場合 →添付書類は必要ありません。</p> <p>2 国民健康保険組合の場合 ・患者の加入する医療保険が国保組合の場合は、市町村民税の課税状況の確認書類(※注)(患者と、患者と同じ国保組合に加入している方全員分)</p> <p>申請日が4月1日から6月30日 →前年度の課税証明書/非課税証明書の原本 申請日が7月1日から翌年3月31日 →今年度の課税証明書/非課税証明書の原本</p> <p>(※注)市町村民税の課税状況 次のア～ウのいずれかの書類をご用意ください。 ア 市町村民税・県民税 特別徴収税額決定通知書のコピー(すべてのページのコピー) イ 市長村民税の税額決定・納税通知書のコピー(すべてのページのコピー) ウ 市町村民税(非)課税証明書の原本 ※市町村民税が非課税又は神奈川県認可以外の国民健康保険組合に加入している方は、ウの書類を提出してください。</p> <p>3 被用者保険(健康保険組合、協会けんぽ等)に変更となる場合 ・被保険者が市町村民税非課税の場合は、被保険者の市町村民税(非)課税証明書の原本</p> <p>申請日が4月1日から6月30日 →前年度の課税証明書/非課税証明書の原本 申請日が7月1日から翌年3月31日 →今年度の課税証明書/非課税証明書の原本</p> <p>【マイナンバーによる情報連携を希望しない場合】(医療保険) 健康保険資格証明書、資格確認書の写し等(支給認定基準世帯員全員分の医療保険情報(「記号・番号」「保険者名・番号」「被保険者／被扶養者」)の分かるもの)が必要です。</p>