

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 氏 名 | | | | | | | | | | | | | | 被 保 険 者 記 号 ・ 番 号 | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | 患者との続柄 | | | | 医療保険の適用区分 | | |
| 保 護 者 に 関 する 事 項 | フリガナ名 | | | | | | | | | | | | | 患者との続柄 | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支 給 認 定 基 準 世 帯 員 に 関 する 事 項 | フリガナ名 | | | | | | | | | | | | | 生 年 月 日 | 年 月 日 | 患者との続柄 | | | | <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 減少 <input type="checkbox"/> 変更 |
| | 個 人 番 号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | フリガナ名 | | | | | | | | | | | | | 生 年 月 日 | 年 月 日 | 患者との続柄 | | | | <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 減少 <input type="checkbox"/> 変更 |
| | 個 人 番 号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※ 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|--------------------|-----------------------------|------------|-------|
| 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 | 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】

| | |
|----------------|--|
| 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 | 添付書類は必要ありません。 【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。 【指定難病(特定医療費)受給者証の医療保険情報の記載廃止について】 令和8年3月より、受給者証から医療保険情報の記載が廃止されました。 <u>ただし、加入する医療保険に変更があった場合には、自己負担上限額再算定のため、引き続き変更の届出が必要ですのでご注意ください。</u> |