

情報連携する
(※1)

情報連携しない

受給者番号

変更

特定医療費（指定難病）支給認定変更申請書 兼 受給者証等記載事項変更届

受診者	フリガナ				生年月日	年齢
	氏名				年 月 日	歳
	個人番号				電話 (自宅)	
					(携帯)	
住所	〒 三重県					
保護者	フリガナ				受診者との関係	□父 □母 □その他 ()
	氏名					
	個人番号				電話 (自宅)	
	住所					
変更のある事項に☑(※2)	事項	変更前			変更後	
	<input type="checkbox"/> 指定医療機関 (変更・追加)					
	<input type="checkbox"/> 自己負担上限額 (所得区分・人工呼吸器等装着・高額かつ長期・世帯内按分等)					
	<input type="checkbox"/> 受診者に関する事項 (氏名・住所・電話番号)					
	<input type="checkbox"/> 保護者に関する事項 (氏名・住所・電話番号)					
	<input type="checkbox"/> 被保険者証に関する事項 (記号及び番号・保険者名・保険者所在地・受診者と同一の加入者)					
	<input type="checkbox"/> 医療保険の適用区分					
	<input type="checkbox"/> 支給認定基準世帯員に関する情報 (氏名・個人番号)					
<input type="checkbox"/> その他						
変更年月日	年 月 日					
備考						
私は、特定医療費支給認定申請書及び特定医療費受給者証等に記載された事項の変更について、上記のとおり申請（届出）します。 年 月 日 申請者（受診者）氏名 _____ (※3) 三重県知事 あて					受付欄	

- ※1 該当者全員の個人番号を記載し、情報連携するにチェックすることで、市町村民税所得課税証明書が省略できます。
- ※2 変更事項欄の色付きの事項については申請、その他は届出となります。
- ※3 申請者氏名は、受診者本人か保護者（受診者が18歳未満の場合）の氏名を記入してください。
- ※4 受給者証（又は登録者証）変更の場合は、現在お持ちの受給者証（又は登録者証）を添付してください。
- ※5 その他、変更のある事項に応じて必要書類が異なりますので、裏面の注意書きを参考に添付資料を整えてください。
- ※6 登録者証の記載事項変更届に該当する場合は、「受診者」を「要支援者」と読み替えます。

裏面も記載してください

(裏面)

○世帯調書 (受診者本人も記載してください。)

住民票上の世帯全員について記載してください。住民票が別でも、受診者と同じ医療保険に加入している方が他にいる場合にはその方も記入してください。

※7 個人番号は、患者本人と同じ医療保険に加入している被保険者の方のみ記入してください。

※8 年末調整や確定申告をした方も申告「有」に該当します。なお、申告が必要なのは世帯員のうち課税証明書の提出が必要な方(個人番号を提出することにより課税証明書を省略できる方を含む)です。

※9 記入する住所所在地…1月から6月の申請一前年の1月1日在住の市区町村
7月から12月の申請一当年の1月1日在住の市区町村

世帯員氏名 個人番号(※7)	受診者との続柄	年齢	医療保険の種別 (該当するものに○)	市町村 民税の 申告 (※8)	受給資格の有無		1月1日現在の 住所所在地(※9) (現住所と異なる 場合のみ記入)	保健所使用欄 課税年額
					特定 医療費	小児慢性 特定疾病		
受診者本人			国保・国組・高齢 被(本人)・被(家族) 生保	有・無		有・無	都道府県 市区町村	
			国保・国組・高齢 被(本人)・被(家族) 生保	有・無	有・無	有・無	都道府県 市区町村	
			国保・国組・高齢 被(本人)・被(家族) 生保	有・無	有・無	有・無	都道府県 市区町村	
			国保・国組・高齢 被(本人)・被(家族) 生保	有・無	有・無	有・無	都道府県 市区町村	
			国保・国組・高齢 被(本人)・被(家族) 生保	有・無	有・無	有・無	都道府県 市区町村	
			国保・国組・高齢 被(本人)・被(家族) 生保	有・無	有・無	有・無	都道府県 市区町村	
			国保・国組・高齢 被(本人)・被(家族) 生保	有・無	有・無	有・無	都道府県 市区町村	
合計課税年額								
決定階層								

○非課税収入申告書

受診者(受診者が18歳未満の場合は、保護者のうち最も収入が多い方)の収入金額について記入してください。なお、下の表に記入されているもの以外の収入(例)老齢年金、恩給)については記入する必要はありません。

下記の収入の有無	有(以下、該当するものに○印を付してください) ・ 無	収入金額(※10)
1 年金	障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、寡婦年金、障害年金	年額 円
2 手当金	福祉手当、障害手当金、特別児童扶養手当、障害児福祉手当、特別障害者手当	年額 円
3 その他	障害一時金、特別障害給付金、労災・公務災害による障害補償給付等、障害給付、障害補償、障害による特別年金給付	年額 円

※10 記入する収入金額…1月から6月の申請一前々年(1月から12月まで)の収入金額
7月から12月の申請一前年(1月から12月まで)の収入金額

受診者住所以外の宛先に受給者証の送付を希望される場合は、下記にご記入ください。

〒

住所 _____

氏名 _____ 受診者との続柄 _____

電話番号 _____

保健所使用欄	本人確認方法
来庁者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人	確認者
番号確認(申請者) <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票	
身元確認(来庁者) <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> 健康保険証+所得課税証明書 <input type="checkbox"/> その他()	

(注意)

- 氏名・性別の変更の場合は、戸籍抄本を添付してください。
- 住所の変更の場合は、世帯全員の住民票を添付してください。
- 保険者及び記号・番号が変更になった場合は、保険証、同意書及び保険者への所得区分確認のための必要書類を一緒に提出してください。
※保険者への所得区分確認のための必要書類は、保険者、所得等に応じて異なりますので、詳細は各保健所へお問い合わせください。
- 指定医療機関の変更(追加)の場合は、名称及び所在地を記載してください。
※難病法に基づき指定された指定医療機関であれば、受給者証に記載されていない医療機関でも受給者証が使用できます。
- 自己負担上限額の変更の場合は、それぞれの申請にかかる書類を添付してください。