

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	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	氏名						
	個人番号						
	住所					電話	(自宅) (携帯)

変更のある事項に <input checked="" type="checkbox"/> (※2)	事項	変更前	変更後
	<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"/> ☆その他		
	<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"/> 加入医療保険に関する事項 (記号、番号及び枝番・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及び医療保険の資格情報が確認できる資料が省略できます。ただし、届出の場合、市町村民税所得課税証明書及び医療保険の資格情報が確認できる資料の省略はできません。
- ※2 変更事項欄の☆印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

Table with columns: 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, 市町村民税の申告(※8), 受給資格の有無(特定医療費, 小児慢性特定疾病), 1月1日現在の住所所在地(※9), 保健所使用欄(課税年額). Includes a summary row for 合計課税年額 and 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。

Table for non-taxable income reporting with columns: 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). Rows include 1 年金, 2 手当金, 3 その他.

※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。

Form for alternate address: 住所, フリガナ, 氏名, 電話番号. Includes a label 受診者との続柄.

Form for confirmation: 保健所使用欄. Includes sections for 個人番号確認 and 医療保険の資格情報確認 with checkboxes for various documents.

(注意)

- 1 氏名・性別の変更の場合は、戸籍抄本を添付してください。
2 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。
3 保険者及び記号・番号・枝番が変更になった場合は、医療保険の資格情報が確認できる資料、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。
4 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。