

受付番号

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

特定医療費支給認定変更届出書

相模原市長 あて

年 月 日

私(届出者)は、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。

| | | | | | | |
|-----|--------|--------|-----|--|------|--|
| 届出者 | 受給者番号 | | | | | |
| | 患者 | フリガナ氏名 | | | 電話番号 | |
| | | 住所 | 〒 — | | | |
| | 保護者 | フリガナ氏名 | | | 電話番号 | |
| | | 住所 | 〒 — | | | |
| | 窓口に来た人 | 氏名 | | | 電話番号 | |
| 住所 | | 〒 — | | | | |

変更事項のみ記入してください。 ※添付書類は裏面をご確認ください。

| | | | | | | | | |
|-----------------------------------|---|---------------|-----|--------|--------|-----|--|------------------|
| 患者 | フリガナ氏名 | 変更前 | | | 変更後 | | | |
| | 住所 <small>※市内転居に限ります。</small> | 変更前 | 〒 — | | 変更後 | 〒 — | | |
| | 電話番号 | | | | | | | |
| | 個人番号 | | | | | | | 保健所No. 確認 済・未 |
| | 健康保険 | 記号 | | | 番号 | | | |
| | チェックしてください。 <input type="checkbox"/> 記号番号の変更 <input type="checkbox"/> 保険の変更 <input type="checkbox"/> その他 | フリガナ 被保険者名 | | | 患者との続柄 | | | |
| | 保険者名 (交付者名) | | | 保険者番号 | | | | |
| 保護者 | フリガナ氏名 | | | 患者との続柄 | | | | |
| | 住所 | 〒 — | | | | | | |
| | 個人番号 | | | | | | | 保健所No. 確認 済・未 |
| 送付先 | フリガナ氏名 | | | 患者との続柄 | | | | |
| | 住所 | 〒 — | | 電話番号 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 変更後住所と同じ | | | | | | | | |

【表面】以下、市使用欄

【保健センター】
受付者 入力者

【疾病対策課】
入力者

マイNo.: 有・無 照会: 有・無
送 変: 有・無 証明: 有・無



限度額: 増・減・同
変更日: /

| 支給認定基準世帯員 | 世帯員の増減 | フリガナ氏名 | 患者との続柄 | 生年月日 | 個人番号 |
|-----------|--|--------|--------|-------|------|
| | <input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減 | | | 年 月 日 | |
| | <input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減 | | | 年 月 日 | |
| | <input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減 | | | 年 月 日 | |
| | <input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減 | | | 年 月 日 | |
| | <input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減 | | | 年 月 日 | |

■添付書類

| 変更事項 | 添付書類 | 対象者 |
|------------------------------------|--|-----------------------------------|
| 記号・番号の変更 | ・健康保険証の写し | 患者及び支給認定基準世帯員 |
| 市町村の国民健康保険に変更 | ・健康保険証の写し | 患者及び患者と同じ記号・番号の方 |
| 国民健康保険組合に変更 (保険者名が〇〇国民健康保険組合の方) | ・健康保険証の写し | 患者及び患者と同じ記号・番号の方 |
| | ・市町村民税（非）課税証明書（原本） 〔申請時期 4月1日～6月30日：前年度の証明書類 申請時期 7月1日～3月31日：提出する日の属する年度の証明書類〕 | 患者及び患者と同じ記号・番号の方 |
| | ・同意書 | - |
| 後期高齢者医療制度に変更 | ・健康保険証の写し | 患者及び患者と住民票上同一世帯で後期高齢者医療制度に加入している方 |
| 被用者保険に変更 (健康保険組合、全国健康保険協会など) | ・健康保険証の写し | 患者及び被保険者本人 ※患者が被保険者本人の場合は患者のみ |
| | ・市町村民税非課税証明書（原本） 〔申請時期 4月1日～6月30日：前年度の証明書類 申請時期 7月1日～3月31日：提出する日の属する年度の証明書類〕 | 被保険者本人 ※非課税の場合のみ証明書類添付 |
| 氏名 | なし ※ 健康保険証の氏名変更の手続きをされている場合は、「健康保険証の写し」を添付してください。 | - |
| 住所 | なし ※ ただし、市外転出の場合は、特定医療費支給認定変更届出書（市外転出用）を提出してください。 | - |
| 電話番号 | なし | - |
| 個人番号（マイナンバー） | ・個人番号カードの写しなど（支給認定基準世帯員は添付不要） ※ 詳しくは、お問合せください。 | 変更のあった患者、保護者及び支給認定基準世帯員 |
| 保護者 | なし | - |
| 送付先 | なし ※ ただし、送付先が成年後見人等の場合は「登記事項証明書」 | - |
| 支給認定基準世帯員 | ・健康保険証の写し（世帯員の保険の変更に伴う場合に限る） | 増加又は減少した世帯員 |

■書類の送付先・問合せ先

送付先：〒252-5277 相模原市中央区中央2-11-15 疾病対策課 難病対策班
 問合せ先：疾病対策課 難病対策班 042-769-8324（直通）

※窓口へ直接届出される場合は、各保健センターにご提出ください。