

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 <small>※患者が18歳未満の場合に記入</small> | フリガナ氏名 | | 電話番号 | |
| | | 住所 | 〒 - | | |
| | 窓口に来た人 <small>※患者又は保護者以外の場合に記入</small> | 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 | 〒 - |
| | 受給者証等の書類の送付先について <input type="checkbox"/> 変更後住所と同じ <input type="checkbox"/> 変更後住所と異なる(※送付先欄の記入をお願いします) | | | | |
| | 電話番号 | | | | |
| | 個人番号 | | | | |
| | 健康保険 | 記号 | | 番号 | |
| <small>チェックしてください。</small> <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 | | | | |
| 送付先 | フリガナ氏名 | | 患者との続柄 | | |
| | | | 電話番号 | | |
| | 住所 | 〒 - | | | |

【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 |
|---------------------------------|---|---|------------------|
| 健康保険 | 記号・番号の変更 | なし | - |
| | 市町村の国民健康保険に変更 | | |
| | 後期高齢者医療制度に変更 | | |
| | 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) | <ul style="list-style-type: none"> ・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〕 ・同意書 | 患者及び患者と同じ記号・番号の方 |
| 被用者保険に変更 (健康保険組合、全国健康保険協会など) | <ul style="list-style-type: none"> ・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添付 | |
| 氏名 | なし | - | |
| 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) | <ul style="list-style-type: none"> ・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 | なし | - | |

■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。