

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
記号・番号の変更 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)	なし	-
被用者保険に変更 (健康保険組合、全国健康保険協会など)	・同意書(国家公務員共済組合) 国家公務員共済組合に加入されている方で、患者と支給認定基準世帯員全員の市町村民税が非課税である方のみ ・同意書(地方公務員共済組合) 地方公務員共済組合に加入されている方で、患者と支給認定基準世帯員全員の市町村民税が非課税である方のみ	変更のあった患者(保護者)及び支給認定基準世帯員
氏名	なし	-
住所	なし ※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 ※詳しくは、お問合せください。	疾病対策課までお問合せください。
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。