

特定医療費(指定難病)受給者証記載事項変更届兼申請書

| | | | | |
|---|-------------------------------------|------------------------|---|---------|
| 受診者氏名 | | 受給者 番号 | | |
| 個人番号 | | | | |
| 上記受診者氏名は、現在の受給者証記載の氏名を記入し、変更(申請)内容の該当番号に○を付けてください。 1 住所変更 2 氏名変更 3 医療保険変更 4 指定医療機関変更 5 その他 | | | | |
| ① | 新住所 | 〒 | — 電話 — — | |
| ② | 新氏名 | ふりがな ----- 氏名 | | |
| | 新加入保険 | ふりがな | | |
| | | 被保険者氏名 | | |
| | | 資格取得年月日 | 被保険者 本人・家族 | |
| | | 種類 | 国保・退職・国組・協会 組合・共済・その他・後期 記号 番号 | |
| | | 発行機関名 | | |
| ③ | 支給認定基準世帯員 (受診者と同じ医療保 険に加入する者) | 氏名 <small>フリガナ</small> | 生年月日 | 受診者との続柄 |
| | | 個人番号 | 性別 男・女 | |
| | | 氏名 <small>フリガナ</small> | 生年月日 | 受診者との続柄 |
| | | 個人番号 | 性別 男・女 | |
| | | 氏名 <small>フリガナ</small> | 生年月日 | 受診者との続柄 |
| | | 個人番号 | 性別 男・女 | |
| | | 氏名 <small>フリガナ</small> | 生年月日 | 受診者との続柄 |
| 個人番号 | 性別 男・女 | | | |
| ④ | 追加指定医療機関名 | 所在地 | | |
| | 追加経緯 | | | |
| | 削除指定医療機関名 | | | |
| ⑤ | その他 | | | |
| 特定医療費(指定難病)受給者証の記載事項等が変更となりますので届け出ます。 指定医療機関については、上記理由により変更を申請します。 山梨県知事 殿 年 月 日 住所 _____ 届出者氏名 _____ 連絡先 _____ 受給者との続柄() | | | 保健所収受印 | |
| 備考 | | | | |

変更(④)については申請部分のみ記載

◆ 記入方法・添付書類については、裏面でご確認ください。

◆記入方法

- 上段受診者名・受給者番号は必ず、現在、受給者証に記載されている内容を転記してください。
- 変更(申請)内容の該当番号に○を付けてください。(複数選択可)
- 中段の変更(申請)内容記載箇所は、変更(申請)部分のみの記入をしてください。
- 医療保険変更の際には、3「新加入保険」欄を全て記入してください。
- 医療保険変更の際には、自己負担上限月額算定に必要な支給認定基準世帯員の記入も必要となります。
- 指定医療機関の追加をする際には、追加することとなった経緯を必ず記入してください。

◆添付書類(変更届出時に必要となるもの)

1 住所変更

- ①受給者の転居後の住民票の写し
- ②受給者証

2 氏名変更

- ①受給者の氏名変更後の住民票の写し
- ②受給者証

3 医療保険変更

- ①受給者証
- ②新たに加入した医療保険証
- ③支給認定基準世帯員の所得を確認する書類
- ④支給認定基準世帯員の確認のための住民票
- ⑤保険者へ高額区分照会を行うための同意書等

※③については、変更内容によって必要となる書類が異なりますので、詳しくは保健所へお問い合わせください。

※④については、変更内容によって必要となりますので、詳しくは保健所へお問い合わせください。

※⑤について、公立学校共済山梨支部加入者の場合には、別様式の同意書も必要となります。

4 指定医療機関変更申請

- ①受給者証

5 その他

- ①受給者証
- ②変更内容を明らかにする書類