

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                         |  | 性別                     | 男・女 | 年齢 | 歳        | 生年月日  |   |   |
|  | 氏名                           |  |                        |     |    |          | 明治 大正 | 年 | 月 |
|  | 個人番号                         |  |                        |     |    | 昭和 平成    |       |   |   |
|  | 住所                           | 〒 -<br>三重県                                     |                        |     |    | 電話番号     |       |   |   |
| 保護者  | フリガナ                         |  | 受診者との関係                |     |    |          |       |   |   |
|  | 氏名                           |  |                        |     |    |          |       |   |   |
|  | 個人番号                         |  | 電話番号<br>(受診者と異なる場合に記入) |     |    |          |       |   |   |
|  | 住所<br>(受診者と異なる場合に記入)         | 〒 -  |                        |     |    |          |       |   |   |
| 変更のある事項に☑  | 事項                           |  | 変更前                    |     |    | 変更後      |       |   |   |
|  | <input type="checkbox"/>     | 指定医療機関の変更                                      |                        |     |    |          |       |   |   |
|  | <input type="checkbox"/>     | 指定医療機関の追加                                      |                        |     |    |          |       |   |   |
|  | <input type="checkbox"/>     | 自己負担上限額<br>(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"/>     | 受診者に関する事項<br>(氏名・住所・電話番号)                      |                        |     |    |          |       |   |   |
|  | <input type="checkbox"/>     | 保護者に関する事項<br>(氏名・住所・電話番号)                      |                        |     |    |          |       |   |   |
|  | <input type="checkbox"/>     | 被保険者証に関する事項<br>(記号及び番号・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<br>(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。 |                              |  |                        |     |    | 受付欄      |       |   |   |
| 申請者（受診者）氏名   |                              |  |                        |     |    | 印        |       |   |   |
| 年 月 日  |                              |  |                        |     |    | 三重県知事 あて |       |   |   |

- ※1 申請者（受診者）氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとしてください。
- ※2 変更事項欄の色付きの事項については申請、その他は届出となります。
- ※3 受給者証変更の場合は、現在お持ちの受給者証を添付してください。
- ※4 その他、変更箇所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。

(裏面)

○世帯調書（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。）

※5 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。

| 世帯員氏名<br>個人番号（※5） | 受診者との<br>続柄 | 年齢 | 医療保険の種別<br>（該当するものに○） | （被用者保険の方）<br>被保険者本人・<br>被扶養の別 | 特定医療費受<br>給の有無 | 小児慢性特定疾病<br>医療費の受給の<br>有無 | ※保健所使用欄<br>課税年額 |
|-------------------|-------------|----|-----------------------|-------------------------------|----------------|---------------------------|-----------------|
|                   | 患者<br>本人    |    | 国保・国組・高齢<br>・被用者・生保   | 本人・被扶養                        | /              | 有・無                       |                 |
|                   |             |    | 国保・国組・高齢<br>・被用者・生保   | 本人・被扶養                        | 有・無            | 有・無                       |                 |
|                   |             |    | 国保・国組・高齢<br>・被用者・生保   | 本人・被扶養                        | 有・無            | 有・無                       |                 |
|                   |             |    | 国保・国組・高齢<br>・被用者・生保   | 本人・被扶養                        | 有・無            | 有・無                       |                 |
|                   |             |    | 国保・国組・高齢<br>・被用者・生保   | 本人・被扶養                        | 有・無            | 有・無                       |                 |
|                   |             |    | 国保・国組・高齢<br>・被用者・生保   | 本人・被扶養                        | 有・無            | 有・無                       |                 |
|                   |             |    | 国保・国組・高齢<br>・被用者・生保   | 本人・被扶養                        | 有・無            | 有・無                       |                 |
|                   |             |    | 国保・国組・高齢<br>・被用者・生保   | 本人・被扶養                        | 有・無            | 有・無                       |                 |
|                   |             |    |                       |                               |                |                           | 合計課税年額          |
|                   |             |    |                       |                               |                |                           | 決定階層            |

※ 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。

郵便番号

住 所

氏 名

受診者との  
続柄

電話番号

| ※保健所使用欄  | 本人確認方法   |
|--|--|
| 来庁者<br><input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人<br>番号確認（申請者）<br><input type="checkbox"/> 個人番号カード<br><input type="checkbox"/> 通知カード<br><input type="checkbox"/> 住民票<br>身元確認（来庁者）<br><input type="checkbox"/> 個人番号カード<br><input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート<br><input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 住基カード<br><input type="checkbox"/> その他（ ）<br><input type="checkbox"/> 健康保険証+所得課税証明書<br><input type="checkbox"/> （ ）+（ ） | 確認者<br><div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px; margin-top: 5px;"></div> |

(注意)

- 氏名・性別の変更の場合は、戸籍抄本又は氏名・性別を証する書類を添付してください。
- 住所の変更の場合は、住民票又は住所を証する書類を添付してください。
- 保険者及び記号・番号が変更になった場合は、保険証、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。  
※保険者への所得区分確認のための必要書類は、保険者、所得等に応じて異なりますので、詳細は各保健所へお問い合わせください。
- 指定医療機関の変更（追加）の場合は、名称及び所在地を記載してください。指定医療機関は、三重県ホームページに掲載の一覧をご覧ください。各保健所へお尋ねください。
- 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。