

特定医療費（指定難病）支給認定申請内容 変更届

(表面)

公費負担者番号		542860 ¹⁸ ₂₆		受給者番号				
受診者	フリガナ			年齢	生年月日			
	氏名				大正・昭和 年 月 日 平成・令和			
	住所	〒		電話 ()		—		
保護者	フリガナ			受診者との続柄				
	氏名							
	住所 (受診者と異なる場合に記入)	〒		電話 ()		—		
受診者・(保護者)に関する事項		変 更 前		変 更 後				
変更のある事項について記載してください	<input type="checkbox"/>	住所	〒		〒			
	<input type="checkbox"/>	フリガナ						
	<input type="checkbox"/>	氏名						
	<input type="checkbox"/>	電話番号	— —		— —			
	<input type="checkbox"/>	個人番号 (マイナンバー)	変更前の個人番号は記載不要		変更後の個人番号は、別紙 特定医療費（指定難病）支給認定個人番号記載票に記載のこと			
	<input type="checkbox"/>	医療保険	<input type="checkbox"/> 保険種別	<input type="checkbox"/> 被用者保険(社会保険) <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢		<input type="checkbox"/> 被用者保険(社会保険) <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢		
			<input type="checkbox"/> 保険者番号 保険者名	番号 保険者名		番号 保険者名		
			<input type="checkbox"/> 医療保険記号 医療保険番号	記号 番号		記号 番号		
			<input type="checkbox"/> 被保険者氏名 患者との続柄	氏名 続柄		氏名 続柄		
	<input type="checkbox"/>		市町民税非課税で、本人（又は保護者）の年収82万6500円以下の場合		市町民税非課税世帯で、受給者本人（保護者）の収入（障害年金や特別児童扶養手当等を含む）が、年間82万6500円以下であることを申告します。 申請者氏名			
<input type="checkbox"/>		上位所得の申立		階層区分が「上位所得」となることを了承します。 ※課税状況を確認せず、上限額が30,000円または20,000円になります。 ←該当する場合は○				
<input type="checkbox"/>		受給者証記載の住所と送付先が異なる場合は、右記に記載してください。（今後の受給者証・更新案内の送付先として登録されます）		〒 あて名 様(続柄:)				
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、上記のとおり届け出ます。 本届出の認定に必要な場合は、兵庫県において、市民税等に関する課税情報、医療保険上の所得区分情報、国民健康保険情報、後期高齢者医療情報、特別児童扶養手当情報、特別障がい者手当情報、障がい児福祉手当情報、小児慢性特定疾病情報を確認されることに同意します。								
兵庫県知事様				令和 年 月 日				
届出者氏名								

【医療保険の変更】以下の1～2の項目全てを記載してください。

※医療保険の内容の一部の変更であっても、全ての項目について、原則として空欄不可です。
 ※記載漏れや書類不備がある場合、追加書類を提出いただく他、通常よりも受給者証の交付が遅れる可能性があります。
 ※医療保険の変更を伴わず、階層区分の見直しを希望する場合、様式第4号(変更申請書)により申請してください。

1 支給認定基準世帯員及び按分の状況について

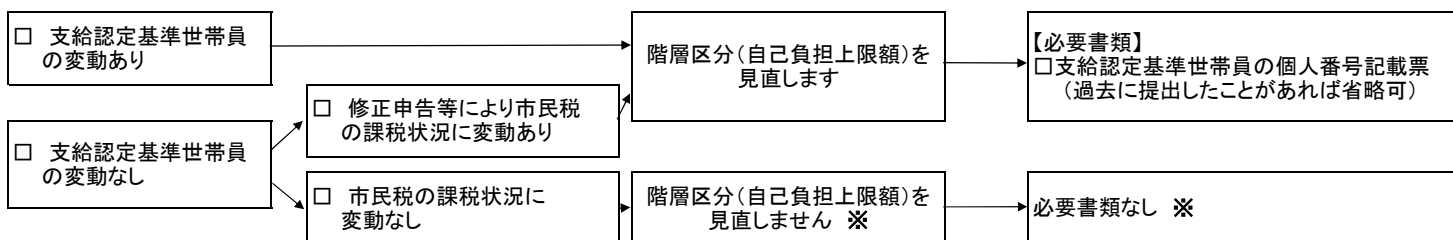
医療保険の変更前後の支給認定基準世帯員について、記載してください。

なお、今回、支給認定基準世帯員から外れる方がある場合は、氏名等を記載の上、斜線を引いてください。(記載例参照)

	フリガナ		変更の有無	続柄	生年月日		ア: 現住所 (郵便番号、県・市区町村名まで記載)		
	氏名				※16歳未満かどうか		イ: 令和 年1月1日時点の住所地	ウ: 住民登録外課税ありの場合の居住地	
記載例	① 受診者	ヒョウゴ ハナコ	/	本人	大正・昭和 平成・令和	〇年〇月〇日	(ア現住所) 〒***-**** △△市□□町		
		兵庫 花子			16歳未満の場合チェック	<input type="checkbox"/>	(イ令和元年1月) 同上		
	② 氏名	ヒョウゴ タロウ		変更なし	父	大正・昭和 平成・令和	〇年〇月〇日	(ア現住所) 〒	
		兵庫 太郎		追加 削除		16歳未満の場合チェック	<input type="checkbox"/>	(イ令和 年1月) 〒	
保険変更前後の支給認定基準世帯員	① 受診者				大正・昭和 平成・令和	年 月 日	(ア現住所) 〒		
	カナ		変更なし		大正・昭和 平成・令和	年 月 日	(イ令和 年1月) 〒		
	② 氏名		追加 削除		大正・昭和 平成・令和	年 月 日	(ウ住民登録外課税地) 〒		
	カナ		変更なし		大正・昭和 平成・令和	年 月 日	(ア現住所) 〒		
	③ 氏名		追加 削除		大正・昭和 平成・令和	年 月 日	(イ令和 年1月) 〒		
カナ		変更なし		大正・昭和 平成・令和	年 月 日	(ア現住所) 〒			
④ 氏名		追加 削除		大正・昭和 平成・令和	年 月 日	(イ令和 年1月) 〒			
カナ		変更なし		大正・昭和 平成・令和	年 月 日	(ア現住所) 〒			
⑤ 氏名		追加 削除		大正・昭和 平成・令和	年 月 日	(イ令和 年1月) 〒			
按分	受給者と同じ医療保険(記号番号も同じ)に加入する世帯員(16歳未満含む)のうち、指定難病又は小児慢性特定疾病の受給者証の交付を受けている者の申告						□追加 □削除 □継続 □変更		
	□ 難病 □ 小児	フリガナ 氏名		病名	※告示番号	受給者番号			

2 階層区分(自己負担上限額)の見直しについて

医療保険の変更に伴う、階層区分変更の有無を確認するため該当するものに☑を入れてください。また、必要書類を添付してください。



※ 変更申請の時期(6/2以降)によっては、**新年度の課税状況を確認し、階層区分を見直す必要があります。**その際は追加書類を依頼する可能性があります。