

特定医療費(指定難病)認定申請事項変更届

年 月 日

鹿児島県知事 殿

申請者 住 所

氏 名

受給者との続柄

日中連絡がとれる電話番号

下記のとおり、変更したいので申請します。

ふりがな 受診者氏名						受給者番号		保健所記入欄
変更内容		1. 住所 2. 氏名 3. 保護者 4. 保険 5. 同一保険加入世帯員						
変更事項		変更前				変更後		月 日
1	住所	〒 - 電話 () -				〒 - 電話 () -		
2	ふりがな 氏名							月 日
3	保護者 <small>(受診者が18歳未満の場合)</small>	ふりがな 氏名	続柄					
	住所	〒 - 電話				〒 - 電話		
4	加入医療保険 <small>(保険変更の方は5も記入のこと)</small>	保険種別	政(協)・国組・共・国・国退・後・生保					月 日
		被保険者氏名	受診者との続柄					
		記号・番号	保険者番号 <small>(保険者コード)</small>					
5	同一保険加入世帯員 <small>(本人以外)</small> □同一世帯員なし	氏名	受診者との続柄	指定難病・小児慢性特定疾病の医療費助成の有無	受給者番号			月 日
				指定難病・小児慢性・無				
				指定難病・小児慢性・無				
				指定難病・小児慢性・無				
				自己負担上限額の変更の有無	有・無			
				按分計算対象者の変更の有無	有・無			

注① 申請者氏名については、申請者(本人または代理人)の氏名を記載する。

- ② 変更内容の番号に○をし、該当する変更事項のみ記入してください。
- ③ 保険の変更の場合は、変更後のみ記入してください。
- ④ 自己負担上限額または按分計算対象者の変更がある場合は、別途、変更手続き(様式第5号)が必要です。

【添付書類】

- 1 住所変更 - 世帯全員分の住民票、受給者証(原本)
- 2 氏名変更 - 戸籍抄本、受給者証(原本)
- 3 保護者変更 - 受給者証(原本)
- 4, 5 保険変更 - 保険証(写)(※1)、受給者証(原本)、保険者への情報提供に係る同意書、所得額・課税額証明書(※2)、「同一保険加入者」に指定難病(特定疾患)、小児慢性特定疾患等の医療費助成を受けている方がいればその受給者証の写し

※ 加入保険の種類により、保険証(写)、所得額・課税額証明書の提出対象者が異なりますので下記により確認してください。

保険の種類	必要な保険証の写し (※1)	必要な所得額・課税額証明書(※2)
被用者保険 (健康保険・共済組合など)	①「受診者」及び「被保険者」の保険証の写し ②「同じ医療保険に加入している人で、他に指定難病または小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている方」がいる場合は、その方の保険証の写し	「被保険者」及び「受診者」分
国民健康保険組合 (医師・土木・建設など)	「同じ医療保険に加入している全員分」の保険証の写し	「同じ医療保険に加入している全員」分
国民健康保険	「住民票上の世帯で同じ医療保険に加入している全員」分	住民票上の世帯で同じ医療保険に加入している全員分
後期高齢医療広域連合	「住民票上の世帯で同じ医療保険に加入している全員」分	住民票上の世帯で同じ医療保険に加入している全員分
生活保護受給者	保険に加入していれば、上記に基づいた人数分の保険証	生活保護受給証明書

※ 市町村民税が非課税の方は

受診者またはその保護者(受診者が18歳未満の場合)が障害年金・遺族年金・特別児童扶養手当等を受給している場合は、所得階層区分の認定のために「所得額・課税額証明書」に加え、前年の支給額がわかる書類(決定額通知書や払込通知書等の写し)が必要です。

同意書

特定医療費の支給を受けるに当たり必要があるときは、私の医療保険上の所得区分に関する情報につき、鹿児島県が私の加入する医療保険者に報告を求めることに同意します。

年 月 日

鹿児島県知事 殿

住 所

氏 名

法定代理人

住 所

氏 名