

特定医療費（指定難病）支給認定変更届兼変更申請書

受給者名							受給者番号									受付印		
鹿児島県知事 殿 下記のとおり、変更したいので申請します。																		
年 月 日 申請者氏名 _____ ※受給者が18歳未満の場合、保護者が申請してください。																		
受給者との続柄 _____																		
日中連絡がとれる電話番号 _____																		
届出（提出）者が受給者又は保護者と異なる場合	氏名											受給者との関係						
	住所											電話番号						
☐ 変更届（変更する内容（該当するものにチェック））																【保健所記入欄】 変更年月日		
☐ ① 氏名変更（ ☐ 戸籍抄本， ☐ 受給者証（原本））																月 日		
☐ ② 住所変更（ ☐ 世帯全員分の住民票， ☐ 受給者証（原本））																月 日		
☐ ③ 保護者情報変更（ ☐ 受給者証（原本））																月 日		
☐ ④ 加入医療保険の変更 ※生保の場合は、変更申請の⑪にも☑																月 日		
☐ ⑤ 同一保険加入世帯員（同じ医療保険の加入者）の変更																月 日		
☐ ⑥ 送付先の変更																月 日		
☐⑦ 医療保険の加入状況がわかる資料（※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又は小児慢性特定疾病の受給者がいれば、その受給者証の写し ※1及び2は、裏面「保険の種類ごとの対象者」で確認してください。																		
☐ ⑧ 疾患（追加・変更）（ ☐ 臨床調査個人票， ☐ 軽症高額特例申請（※申請者のみ）， ☐ 受給者証（原本））※裏面にも記入																		
☐ ⑨ 所得区分の変更（ ☐ 所得額・課税額証明書， ☐ 受給者証（原本））																月 1 日		
☐ ⑩ 人工呼吸器等装着者該当（ ☐ 臨床調査個人票， ☐ 受給者証（原本））																月 1 日		
☐ ⑪ 高額かつ長期該当 （ ☐ 自己負担上限額管理票の写し， ☐ 医療費総額証明書／領収書， ☐ 医療費申告書， ☐ 受給者証（原本））																月 1 日		
☐ ⑫ 生活保護等の受給（ ☐ 開始／ ☐ 廃止）（ ☐ 生活保護受給証明書／生活保護廃止証明書， ☐ 受給者証（原本））																月 日		
☐ ⑬ 同じ医療保険に加入している按分対象者（ ☐ 追加／ ☐ 削除） （ ☐ 指定難病／小児慢性特定疾病の受給者証（申請書）の写し， ☐ 受給者証（原本））																月 1 日		
変 更 事 項																		
① 氏名	フリガナ																	
	氏 名																	
② 住所	住 所	〒 - -										電話 - -						
③ 保護者	フリガナ											〒 - -	電話 - -	続柄				
	氏 名											住 所						
④ 加入医療保険	保険種別	☐ 生活保護 ☐ 国保 ☐ 後期高齢 ☐ 国保組合 ☐ 社保（協会けんぽ・共済・健康保険組合）																
	被保険者氏名											受給者との続柄						
	記号・番号											保険者番号（保険者コード）						
⑤ 同一加入世帯員の変更	受給者本人以外の世帯員で、受給者と同一の医療保険に加入している方を記入してください。 国保、後期高齢及び国保組合の方：「世帯員全員」を記入 それ以外の保険に加入している方：「被保険者（被保険者と受給者が同一の場合は記入不要）」及び「受給者本人以外の難病及び小児慢性特定疾病の受給者」を記入															☐ 同一世帯員なし		
	氏 名					続 柄					難病・小児慢性の受給の有無					受給者番号		
										☐ 難病 ☐ 小児慢性 ☐ 無								
										☐ 難病 ☐ 小児慢性 ☐ 無								
										☐ 難病 ☐ 小児慢性 ☐ 無								
										☐ 難病 ☐ 小児慢性 ☐ 無								

＜裏面＞						
変更事項						
⑫按分の追加・削除						
氏名		続柄	難病・小児慢性の受給の別		受給者番号	按分追加・削除
			□難病 □小児慢性			□追加 □削除
			□難病 □小児慢性			□追加 □削除
⑥送付先	フリガナ				受給者との 続柄	
	氏名					
	住所	〒－電話－				
⑦疾患（追加・変更） ※特定医療費の支給開始日は、指定医が重症度を満たしていると診断した日又は軽症高額の基準を満たした日の翌日（ただし、遡り期間は原則申請日から１か月前（やむを得ない理由により申請が行えなかった場合は最長３か月前）の同じ日）まで遡ることが可能です。そのため、申請日に関わらず、臨床調査個人票に記載された診断年月日等、特定医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日を記載してください。						
今回申請する疾患			左記欄が申請日から１か月以上前の年月日となっている理由			
１つ目の疾患（□追加／□変更）		疾患コード （保健所記入）		☐ 臨床調査個人票の受領に時間を要したため ☐ 症状の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため ☐ 大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要したため ☐ その他〔 〕	●疾患(追加・変更)に使用する CD _____ 枚 審査資料 _____ 枚 ※臨個票を除く	
特定医療費の支給開始することが適当と考えられる年月日 (令和 年 月 日)			診断年月日 (令和 年 月 日) (保健所記入)			
２つ目の疾患（□追加／□変更）		疾患コード （保健所記入）		☐ 臨床調査個人票の受領に時間を要したため ☐ 症状の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため ☐ 大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要したため ☐ その他〔 〕	●疾患(追加・変更)に使用する CD _____ 枚 審査資料 _____ 枚 ※臨個票を除く	
特定医療費の支給開始することが適当と考えられる年月日 (令和 年 月 日)			診断年月日 (令和 年 月 日) (保健所記入)			
厚生労働大臣 殿 疾患（追加・変更）の申請に当たり、「指定難病の医療費助成の申請における臨床調査個人票情報の研究等への利用について」を読み、臨床調査個人票の情報が、①厚生労働省のデータベースに登録されること、②研究機関等の第三者に提供され、指定難病に関する創業の研究開発等に利用されることに同意します。 ☐ 同意する ☐ 同意しない						

●保険の種類ごとの対象者

加入している保険の種類で提出する対象者が異なりますので、下記の表で確認してください。

保険の種類	必要な医療保険の加入状況がわかる資料 (※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 「受給者」及び「被保険者」分 ② 「同じ医療保険に加入している方で、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、その方の分	「被保険者」及び「受給者」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	「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、「上記保険の種類に基づいた人数」分	「生活保護受給証明書」

※ 市町村民税が非課税の方は、受給者またはその保護者（受給者が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、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。

【保健所記入欄】	☐ 生活保護 ☐ 低所得Ⅰ ☐ 低所得Ⅱ ☐ 一般所得Ⅰ ☐ 一般所得Ⅱ ☐ 上位所得				自己負担上限額 ※特例申請がある場合は、特例申請後の自己負担上限額を記入
	☐ 人工呼吸器等装着 ☐ 軽症高額該当（該当日） ☐ 高額かつ長期（年 月 日） ☐ 按分計算対象有				
	按分対象者氏名		按分対象者受給者番号		④及び⑤に伴う自己負担上限額の変更の場合に記入

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 _____