

特定医療費(指定難病)支給認定等 変更届出書兼申請書												
届出 (申請) 者	愛媛県知事様 下記のとおり、特定医療費の支給にかかる変更について届出(申請)します。 厚生労働大臣様 臨床調査個人票の研究等への利用については、研究利用同意欄に記載のとおりとします。 年 月 日 住 所 _____ 氏 名 _____ (受診者との続柄 _____)(電話番号 _____) ※住所、電話番号は受診者本人と異なる場合のみ記入 ※受診者本人又は保護者以外の場合は、委任状が必要											
	受診者	受給者番号 (※登録者証は空欄)										
		フリガナ						年齢	歳	生 年 月 日		
		氏 名								年 月 日		
住 所		〒 _____										
電話番号		_____										
※変更がある場合は変更後の内容を記載してください。												
届出事項 (届出する内容に☑)	☐	受診者氏名の変更										⑥ 記入
	☐	受診者住所の変更										⑥ 記入
	☐	受診者電話番号の変更										⑥ 記入
	☐	保護者に関する事項(氏名・住所・電話番号)の変更										①・⑥ 記入
	☐	加入医療保険の変更										②・⑥ 記入
	☐	支給認定基準世帯員(同一医療保険加入者)の変更										③・⑥ 記入
	☐	返還(県外転出)										⑥ 記入
	☐	その他										⑤・⑥ 記入
申請事項 (申請する内容に☑)	☐	病名追加・病名変更										④・⑥ 記入
	☐	高額かつ長期	申請日の属する月以前の12か月の間に、指定難病に関する月ごとの医療費総額が、50,000円を超える月が6回以上あった。								⑥ 記入	
	☐	人工呼吸器等装着	人工呼吸器・体外式補助人工心臓装着者の基準に新たに該当した。								⑥ 記入	
	☐	課税額の変更										③・⑥ 記入
	☐	同じ医療保険の世帯内にいる指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている者の(追加・削除・自己負担上限額の変更)	☐ ☐ ☐ 追加 削除 限度額 変更	受給者番号					(難病・小慢)			
				氏 名								
				受給者番号					(難病・小慢)			
	☐	氏 名							⑥ 記入			
☐	その他										⑤・⑥ 記入	
①保護者	フリガナ							電話番号	[□届出者と同じ] [行政受付欄]			
	氏 名											
	住 所	〒 _____										
[□届出者と同じ]												
裏面に続く➡												

様式第4号(裏面)

② 加入医療保険	フリガナ				受給者との続柄	☐ 本人 ☐ 家族	
	被保険者氏名						
	保険種別	☐ 協会けんぽ ☐ 健康保険組合 ☐ 共済組合 ☐ 船員保険 ☐ 国民健康保険 ☐ 後期高齢者 ☐ 国保組合			医療保険各法等の記号・番号	※不明の場合は省略可	
	保険者名称						
		☐	生活保護受給者 ※生活保護受給者で医療保険に加入している場合は上記にも記入				
③ 支給認定基準世帯員 (本人年収について)	受診者と同じ医療保険に加入する者 ※受診者が被用者保険に加入している場合は、被保険者のみ記入						
	世帯員氏名	フリガナ	受診者との続柄	1月1日時点住所地 (1～6月申請は前年1月1日時点) ※現在と異なる場合のみ記入	[行政記入欄]		
			本人	〒市・区町・村	非・均		
				〒市・区町・村	非・均		
				〒市・区町・村	非・均		
				〒市・区町・村	非・均		
				〒市・区町・村	非・均		
	※上記世帯員全員、市町村民税非課税の場合で下記に該当する場合は記載					課税計 非・均	
	☐ 本人年収(受診者が18歳未満の場合にあってはその保護者) 82.65万円以下					非課税収入計	
	選択 ☐ 非課税収入なし ☐ 障害年金あり ☐ 遺族年金あり ☐ 寡婦年金あり ☐ 特別障害給付金あり ☐ 障害補償(労災)あり ☐ 特別児童扶養手当あり ☐ 障害児福祉手当あり ☐ 特別障害者手当あり ☐ 経過的福祉手当あり						