

特定医療費支給認定変更届出書

記入の手引き

婚姻・転居や保険証の変更などにより、受給者証の記載内容に変更がある場合、変更内容を届け出る必要があります。

変更届出書には、「必ず記入してください」の項目と、変更があった事項を記入し、添付書類とともに県がん・疾病対策課 難病対策グループへ郵送でご提出ください。

変更内容により、必要な添付書類が異なりますので、この手引きをご覧ください、手続きをしていただきますようお願いします。

第2号様式

特定医療費支給認定変更届出書

年 月 日

神奈川県知事殿

届出者 居住地
氏 名

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、次のとおり届け出ます。

<目次>

- [1 氏名が変わった場合（2～3ページ）](#)
 - [2 居住地が県内で変わった場合（政令市への転出を除く）（4～5ページ）](#)
 - [3 健康保険証が変わった場合（6～10ページ）](#)
 - [4 他の都道府県や県内の政令市へ転出された場合（11～12ページ）](#)
 - [5 書類の送付先を変更したい場合（13～14ページ）](#)
 - [6 支給認定基準世帯員の増減があった場合（15～20ページ）](#)
- ※注 [市町村民税の課税状況の確認書類について（21ページ）](#)

1 氏名が変わった場合

特定医療費支給認定変更届出書

令和4年 4 月 1 日

神奈川県知事殿

申請者 居住地 ○○市××町1丁目2番3号

氏 名 横浜 太郎

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、次のとおり届け出ます。

患者について	受給者番号	1	2	3	4	5	6	7	
	(ふりがな) 氏 名	かながわ たろう 神奈川 太郎							
	居 住 地	〒123-4567 ○○市××町1丁目2番3号							
	日中連絡がとれる連絡先（携帯電話番号も可）	090-××××-△△△△							
保護者について (患者が18歳未満の場合に記入してください。)	氏 名						患者との 続柄		
	居 住 地	〒							
	日中連絡がとれる連絡先（携帯電話番号も可）								

保健所等使用欄

患者No.確認
済・未

変更事項（変更があった事項のみ記入してください。）									
患者情報の 変更	(ふりがな) 氏 名	よこはま たろう 横浜 太郎							
	居 住 地	〒							
	日中連絡がとれる連絡先（携帯電話番号も可）								
	医療保険	保険者名称				被保険者氏名			
	健康保険証の 記号・番号				被保険者と患者 との続柄				
保護者や 送付先 の変更	(ふりがな) 氏 名						患者との 続柄		
	居 住 地	〒							
	日中連絡がとれる連絡先（携帯電話番号も可）								

保健所等受理印	県受理印

保険証の変更や、支給認定基準世帯員が変わる場合は、裏面の支給認定基準世帯員の欄をご記入ください。

支給認定基準世帯員	事由	氏名	患者との続柄	生年月日	マイナンバー										1月1日時点の市町村			
			患者本人	年 月 日														
	増・減			年 月 日														
	増・減			年 月 日														
	増・減			年 月 日														




【記入方法】

- 「必ず記入してください。」欄の受給者番号、氏名、居住地、日中連絡がとれる連絡先を記入する。
 患者が18歳未満の場合は、「保護者」欄の氏名、患者との続柄、居住地、日中連絡がとれる連絡先も記入する。
【注意】「必ず記入してください」欄の氏名は、受給者証に記載されている氏名を記入してください。

- 「変更事項」の「氏名」欄に、新しい氏名を記入する。

【添付書類】

変更事項	必要書類
氏名	住民票の写し、運転免許証のコピー、マイナンバーカードのコピーのいずれか

 **【ご確認ください】**

氏名が変わった際に、健康保険証も変わっていませんか？
 健康保険証も変わっている場合は、6ページ「[3 健康保険証が変わった場合](#)」も併せてご確認ください。

2 居住地が県内で変わった場合(政令市への転出を除く)

特定医療費支給認定変更届出書

令和4年 4 月 1 日

神奈川県知事殿

申請者 居住地 △△市□□町4丁目5番6号

氏 名 神奈川 太郎

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、次のとおり届け出ます。

患者について	受給者番号	1	2	3	4	5	6	7	
	(ふりがな) 氏 名	かながわ たろう 神奈川 太郎							
	居 住 地	〒123-4567 〇〇市××町1丁目2番3号							
	日中連絡がとれる連絡先 (携帯電話番号も可)	090-××××-△△△△							
保護者について (患者が18歳未満の場合に記入してください。)	氏 名						患者との 続柄		
	居 住 地	〒							
	日中連絡がとれる連絡先 (携帯電話番号も可)								

保健所等使用欄

患者No.確認
済・未

変更事項 (変更があった事項のみ記入してください。)										
患者情報の 変更	(ふりがな) 氏 名									
	居 住 地	〒234-5678 △△市□□町4丁目5番6号								
	日中連絡がとれる連絡先 (携帯電話番号も可)									
	医療 保険	保険者名称				被 保 険 者 の 続 柄				
	健康保険証の 記号・番号				被 保 険 者 の 続 柄					
保護者や 送付先 の変更	(ふりがな) 氏 名						患者との 続柄			
	居 住 地	〒								
	日中連絡がとれる連絡先 (携帯電話番号も可)									

国民健康保険や後期高齢の
保険証をお持ちの方で、市
町村が変更になった場合
は、
保険変更もお忘れなく！

保険証の変更や、支給認定基準世帯員が変わる場合は、裏面の支給認定基準世帯員の欄をご記入ください。

保健所等受理印	県受理印

支給認定基準世帯員	事由	氏名	患者との続柄	生年月日	マイナンバー										1月1日時点の市町村			
			患者本人	年 月 日														
	増・減			年 月 日														
	増・減			年 月 日														
	増・減			年 月 日														



【記入方法】

- 「必ず記入してください。」欄の受給者番号、氏名、居住地、日中連絡がとれる連絡先を記入する。
 患者が18歳未満の場合は、「保護者」欄の氏名、患者との続柄、居住地、日中連絡がとれる連絡先も記入する。
【注意】「必ず記入してください」欄の居住地は、受給者証に記載されている居住地を記入してください。
- 「変更事項」の「居住地」欄に、新しい居住地を記入する。

【添付書類】

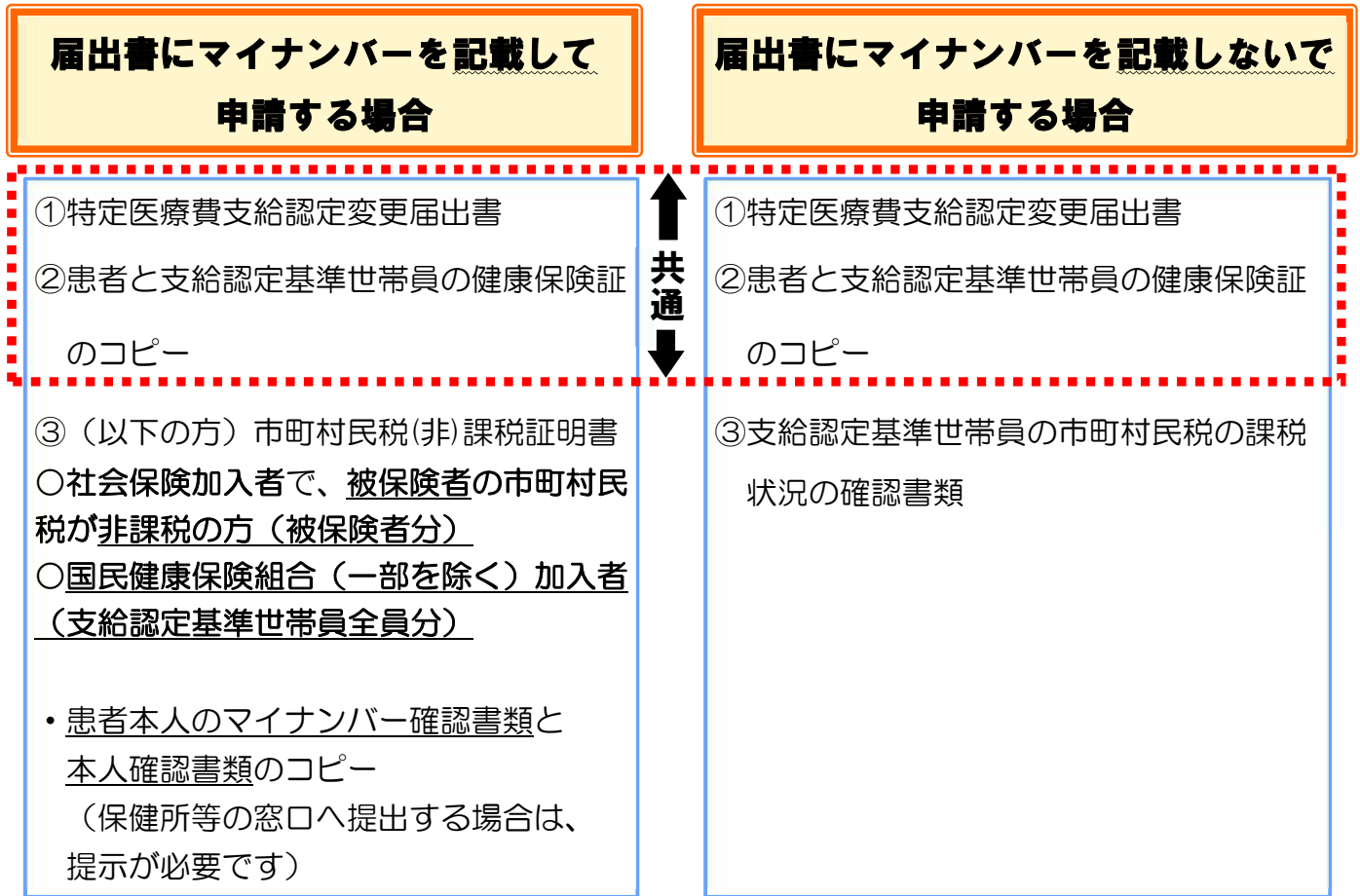
変更事項	必要書類
居住地	住民票の写し、運転免許証のコピー、マイナンバーカードのコピーのいずれか

 **【ご確認下さい】**

住所が変わった際に、健康保険証も変わっていませんか？
 健康保険証も変わっている場合は、6ページ「[3 健康保険証が変わった場合](#)」も併せてご確認下さい。

3 健康保険証が変わった場合

保険証が変わった場合には、次のいずれかの方法で変更を届出てください。
 加入していた健康保険が変わる場合、自己負担限度額を再算定することになります。



※患者に代わって代理の方が申請する場合は、その方の本人確認書類の提示が必要です。

市町村民税の課税状況の確認書類の、必要な年度は次のとおりです。

	令和6年												令和7年					
申請月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月
必要書類	令和5年度の証明書類						令和6年度の証明書類											

3-1 健康保険証が変わった場合(届出書にマイナンバーを記載して届出する場合)

特定医療費支給認定変更届出書

令和4年 4 月 1 日

神奈川県知事殿

申請者 居住地 ○○市××町1丁目2番3号
氏 名 神奈川 太郎

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、次のとおり届け出ます。

患者について	受給者番号	1	2	3	4	5	6	7	
	(ふりがな) 氏 名	かながわ たろう 神奈川 太郎							
	居 住 地	〒123-4567 ○○市××町1丁目2番3号							
	日中連絡がとれる連絡先 (携帯電話番号も可)	090-××××-△△△△							
保護者について (患者が18歳未満の場合に記入してください。)	氏 名						患者との 続柄		
	居 住 地	〒							
	日中連絡がとれる連絡先 (携帯電話番号も可)								

保健所等使用欄

患者No.確認
済・未

変更事項 (変更があった事項のみ記入してください。)										
患者情報の 変更	(ふりがな) 氏 名									
	居 住 地	〒								
	日中連絡がとれる連絡先 (携帯電話番号も可)									
	医療保険	保険者名称	神奈川県後期高齢者医療 広域連合			被保険者氏名	神奈川 太郎			
	健康保険証の 記号・番号	1 2 3 4 5 6 7 8			被保険者と患者 との続柄	本人				
保護者や 送付先 の変更	(ふりがな) 氏 名						患者との 続柄			
	居 住 地	〒								
	日中連絡がとれる連絡先 (携帯電話番号も可)									

保健所等受理印	県受理印

保険証の変更や、支給認定基準世帯員が変わる場合は、裏面の支給認定基準世帯員の欄をご記入ください。

支給認定基準世帯員	事由	氏名	患者との続柄	生年月日	マイナンバー								1月1日時点の市町村				
			神奈川 太郎	患者本人	昭和22年4月1日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
増減		神奈川 花子	妻	昭和19年1月1日	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	〇〇市
増・減																	
増・減																	

国民健康保険や後期高齢の保険証に変わった方で、同じ保険にご加入の方がいらっしゃる場合は、こちらにもご記入ください。

【記入方法】

- 「必ず記入してください。」欄の受給者番号、氏名、居住地、日中連絡がとれる連絡先を記入する。
患者が18歳未満の場合は、「保護者」欄の氏名、患者との続柄、居住地、日中連絡がとれる連絡先も記入する。
- 「変更事項」の「医療保険」欄に、新しい健康保険証の内容を記入する。
- 「支給認定基準世帯員」欄に、必要な方の氏名、生年月日、マイナンバー、1月1日時点の市町村を記入する。

【添付書類】

必要となる書類は次のとおりです。

新しい健康保険証の種類や、同じ健康保険に加入されている方によって、必要となる方の書類が異なりますので、必ず該当する項目をご確認ください。

変更事項	必要書類
記号番号のみ変わった場合	・患者さんの健康保険証のコピー
国民健康保険、国民健康保険組合(一部)、後期高齢者医療広域連合に変わった場合	・健康保険証のコピー (患者さん分と、患者さんと同じ健康保険に加入している方全員分) ・患者本人のマイナンバー確認書類と本人確認書類のコピー(窓口では提示のみ)
国民健康保険組合(一部を除く)に変わった場合	・健康保険証のコピー (患者さん分と、患者さんと同じ健康保険に加入している方全員分) ・市町村民税の課税状況の確認書類(※注)(21ページ参照) (患者さん分と、患者さんと同じ健康保険に加入している方全員分)
社会保険(健康保険組合、協会けんぽ等)に変わった場合	・健康保険証のコピー (患者さんと被保険者分。ただし患者さんが被保険者の場合は、患者さん分のみ) ・患者本人のマイナンバー確認書類と本人確認書類のコピー(窓口では提示のみ) ・(非課税の方は)市町村民税非課税証明書(※注)(21ページ参照)

3-2 健康保険証が変わった場合(届出書にマイナンバーを記載しないで届出する場合)

特定医療費支給認定変更届出書

令和4年 4 月 1 日

神奈川県知事殿

申請者 居住地 ○○市××町1丁目2番3号
氏名 神奈川 太郎

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、次のとおり届け出ます。

患者について	受給者番号	1	2	3	4	5	6	7	
	(ふりがな) 氏名	かながわ たろう 神奈川 太郎							
	居住地	〒123-4567 ○○市××町1丁目2番3号							
	日中連絡がとれる連絡先(携帯電話番号も可)	090-××××-△△△△							
保護者について (患者が18歳未満の場合に記入してください。)	氏名						患者との続柄		
	居住地	〒							
	日中連絡がとれる連絡先(携帯電話番号も可)								

保健所等使用欄

患者No.確認
済・未

変更事項(変更があった事項のみ記入してください。)

患者情報の変更	(ふりがな) 氏名								
	居住地	〒							
	日中連絡がとれる連絡先(携帯電話番号も可)								
	医療保険 保険者名称	神奈川県後期高齢者医療 広域連合			被保険者氏名	神奈川 太郎			
健康保険証の 記号・番号	1 2 3 4 5 6 7 8			被保険者と患者との続柄	本人				
保護者や送付先の変更	(ふりがな) 氏名						患者との続柄		
	居住地	〒							
	日中連絡がとれる連絡先(携帯電話番号も可)								

保健所等受理印

県受理印

保険証の変更や、支給認定基準世帯員が変わる場合は、裏面の支給認定基準世帯員の欄をご記入ください。

支給認定基準世帯員	事由	氏名	患者との続柄	生年月日	マイナンバー	1月1日時点の市町村
			患者本人	年 月 日		
	増減	神奈川 花子	妻	昭和19年1月1日		
	増・減			年 月 日		
	増・減			年 月 日		

国民健康保険や後期高齢の保険証に変わった方で、同じ保険にご加入の方がいらっしゃる場合は、こちらにもご記入ください。

【記入方法】

- 「必ず記入してください。」欄の受給者番号、氏名、居住地、日中連絡がとれる連絡先を記入する。
患者が18歳未満の場合は、「保護者」欄の氏名、患者との続柄、居住地、日中連絡がとれる連絡先も記入する。
- 「変更事項」の「医療保険」欄に、新しい健康保険証の内容を記入する。

【添付書類】

必要となる書類は次のとおりです。

新しい健康保険証の種類や、同じ健康保険に加入されている方によって、必要となる方の書類が異なりますので、必ず該当する項目をご確認ください。

変更事項	必要書類
記号番号のみ変わった場合	・患者さんの健康保険証のコピー
国民健康保険、国民健康保険組合、後期高齢者医療広域連合に変わった場合	・健康保険証のコピー (患者さん分と、患者さんと同じ健康保険に加入している方全員分) ・市町村民税の課税状況の確認書類(※注)(21ページ参照) (患者さん分と、患者さんと同じ健康保険に加入している方全員分)
社会保険(健康保険組合、協会けんぽ等)に変わった場合	・健康保険証のコピー (患者さんと被保険者分。ただし患者さんが被保険者の場合は、患者さん分のみ) ・市町村民税の課税状況の確認書類(※注)(21ページ参照) (被保険者分。ただし、被保険者が非課税の場合は、被保険者分と患者さん分の市町村民税(非)課税証明書)

4 他の都道府県や県内の政令市へ転出された場合

特定医療費支給認定変更届出書

令和4年 4 月 1 日

神奈川県知事殿

請者 居住地 東京都△△区□□町4丁目5番6号
氏名 神奈川 太郎

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、次のとおり届け出ます。

患者について	受給者番号	1	2	3	4	5	6	7	
	(ふりがな) 氏名	かながわ たろう 神奈川 太郎							
	居住地	〒123-4567 〇〇市××町1丁目2番3号							
	日中連絡がとれる連絡先(携帯電話番号も可)	090-××××-△△△△							
保護者について (患者が18歳未満の場合に記入してください。)	氏名						患者との続柄		
	居住地	〒							
	日中連絡がとれる連絡先(携帯電話番号も可)								

保健所等使用欄

患者No.確認
済・未

変更事項(変更があった事項のみ記入してください。)

患者情報の変更	(ふりがな) 氏名								
	居住地	〒234-5678 東京都△△区□□町4丁目5番6号							
	日中連絡がとれる連絡先(携帯電話番号も可)								
医療保険	保険者名称					被保険者氏名			
	健康保険証の記号・番号					被保険者と患者との続柄			
保護者や送付先の変更	(ふりがな) 氏名						患者との続柄		
	居住地	〒							
	日中連絡がとれる連絡先(携帯電話番号も可)								

保健所等受理印

県受理印

保険証の変更や、支給認定基準世帯員が変わる場合は、裏面の支給認定基準世帯員の欄をご記入ください。

支給認定基準世帯員	事由	氏名	患者との続柄	生年月日	マイナンバー										1月1日時点の市町村			
			患者本人	年 月 日														
	増・減			年 月 日														
	増・減			年 月 日														
	増・減			年 月 日														



【記入方法】

- 「必ず記入してください。」欄の受給者番号、氏名、居住地、日中連絡がとれる連絡先を記入する。
 患者が18歳未満の場合は、「保護者」欄の氏名、患者との続柄、居住地、日中連絡がとれる連絡先も記入する。
【注意】「必ず記入してください」欄の居住地は、受給者証に記載されている居住地を記入してください。
- 「変更事項」の「居住地」欄に、新しい居住地を記入する。
 ※記載例は、東京都に引越された場合の例です。
 他の都道府県や、県内の政令市（横浜市、川崎市、相模原市）への引越の場合も同様です。

【添付書類】

なし

 **【重要】**

転出先の都道府県や政令指定都市でも引き続き指定難病の医療費助成を希望される場合は、切れ目なく医療費助成を行うため、この届出よりも先に転出先の都道府県や政令指定都市への手続が必要となります。

手続方法については、転出先の都道府県や政令指定都市にお尋ねください。

5 書類の送付先を変更したい場合

特定医療費支給認定変更届出書

令和4年 4 月 1 日

神奈川県知事殿

申請者 居住地 ○○市××町1丁目2番3号
氏 名 神奈川 太郎

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、次のとおり届け出ます。

患者について	受給者番号	1	2	3	4	5	6	7	
	(ふりがな) 氏 名	かながわ たろう 神奈川 太郎							
	居 住 地	〒123-4567 ○○市××町1丁目2番3号							
	日中連絡がとれる連絡先 (携帯電話番号も可)	090-××××-△△△△							
保護者について (患者が18歳未満の場合に記入してください。)	氏 名						患者との 続柄		
	居 住 地	〒							
	日中連絡がとれる連絡先 (携帯電話番号も可)								

保健所等使用欄

患者No.確認
済・未

変更事項 (変更があった事項のみ記入してください。)

患者情報の 変更	(ふりがな) 氏 名							
	居 住 地	〒						
	日中連絡がとれる連絡先 (携帯電話番号も可)							
	医療保険	保険者名称				被保険者氏名		
	健康保険証の 記号・番号				被保険者と患者 との続柄			
保護者や送付先 の変更	(ふりがな) 氏 名	かながわ じろう 神奈川 次郎				患者との続柄	子	
	居 住 地	〒234-5678 ××市□□町4丁目5番6号						
	日中連絡がとれる連絡先 (携帯電話番号も可)	090-××××-△△△△						

保健所等受理印	県受理印

保険証の変更や、支給認定基準世帯員が変わる場合は、裏面の支給認定基準世帯員の欄をご記入ください。

支給認定基準世帯員	事由	氏名	患者との続柄	生年月日	マイナンバー										1月1日時点の市町村			
			患者本人	年 月 日														
	増・減			年 月 日														
	増・減			年 月 日														
	増・減			年 月 日														



【記入方法】

1. 「必ず記入してください。」欄の受給者番号、氏名、居住地、日中連絡がとれる連絡先を記入する。
 患者が18歳未満の場合は、「保護者」欄の氏名、患者との続柄、居住地、日中連絡がとれる連絡先も記入する。
2. 「変更事項」の「保護者又は送付先に関する事項」欄に、送付先として指定したい方の氏名、患者との続柄、居住地、日中連絡がとれる連絡先を記入する。
 ※記載例は、別居しているご家族を今後の送付先として指定する場合の例です。
 一時的に別の住所で生活している場合などで、そちらに書類を送付して欲しい場合は、この手続を行ってください。

【添付書類】

なし

6-1-1 支給認定基準世帯員の増があった場合(マイナンバーを記入しての届出)

特定医療費支給認定変更届出書

令和4年 4 月 1 日

神奈川県知事殿

申請者 居住地 ○○市××町1丁目2番3号
氏 名 神奈川 太郎

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、次のとおり届け出ます。

患者について	受給者番号	1	2	3	4	5	6	7	
	(ふりがな) 氏 名	かながわ たろう 神奈川 太郎							
	居 住 地	〒123-4567 ○○市××町1丁目2番3号							
	日中連絡がとれる連絡先 (携帯電話番号も可)	090-××××-△△△△							
保護者について (患者が18歳未満の場合に記入してください。)	氏 名						患者との 続柄		
	居 住 地	〒							
	日中連絡がとれる連絡先 (携帯電話番号も可)								

保健所等使用欄

患者No.確認
済・未

変更事項 (変更があった事項のみ記入してください。)

患者情報の 変更	(ふりがな) 氏 名								
	居 住 地	〒							
	日中連絡がとれる連絡先 (携帯電話番号も可)								
医療 保険	保険者名称					被保険者氏名			
	健康保険証の 記号・番号					被保険者と患者 との続柄			
保護者や 送付先 の変更	(ふりがな) 氏 名						患者との続柄		
	居 住 地	〒							
	日中連絡がとれる連絡先 (携帯電話番号も可)								

保健所等受理印

県受理印

保険証の変更や、支給認定基準世帯員が変わる場合は、裏面の支給認定基準世帯員の欄をご記入ください。

支給認定基準世帯員	事由	氏名	患者との続柄	生年月日	マイナンバー												1月1日時点の市町村
		神奈川 太郎	患者本人	昭和20年2月2日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	〇〇市
	増・減	神奈川 花子	妻	昭和22年1月2日	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	〇〇市
	増・減			年 月 日													
	増・減			年 月 日													

【記入方法】

- 「必ず記入してください。」欄の受給者番号、氏名、居住地、日中連絡がとれる連絡先を記入する。
患者が18歳未満の場合は、「保護者」欄の氏名、患者との続柄、居住地、日中連絡がとれる連絡先も記入する。
- 「変更事項」の「支給認定基準世帯員に関する事項」欄に、増減があった支給認定基準世帯員の氏名、続柄、生年月日を記入する。

【添付書類】

必要となる書類は次のとおりです。

支給認定基準世帯員が変わりますので、自己負担限度額の再算定を行います。

変更事項	必要書類
支給認定基準世帯員の増	<ul style="list-style-type: none"> 増員になった方の健康保険証のコピー 患者本人のマイナンバー確認書類と本人確認書類のコピー(窓口では提示のみ)

【支給認定基準世帯員とは】ご加入の健康保険によって、該当する方は次のとおりとなります。

加入している公的医療保険の種別		支給認定基準世帯員
国民健康保険		患者と同じ国保に加入している方全員
国民健康保険組合		患者と同じ国保組合に加入している方全員
後期高齢者医療制度		患者と同じ住民票上で、後期高齢に加入している方全員
社会保険 (協会けんぽ・健保組 合・共済・船員)	患者が被保険者本人の場合	患者本人
	患者が被保険者以外の場合	被保険者
	患者が被保険者以外の場合 (被保険者が非課税)	患者と、被保険者

6-1-2 支給認定基準世帯員の増があった場合(マイナンバーを記入しないでの届出)

特定医療費支給認定変更届出書

令和4年 4 月 1 日

神奈川県知事殿

申請者 居住地 ○○市××町1丁目2番3号
氏 名 神奈川 太郎

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、次のとおり届け出ます。

患者について	受給者番号	1	2	3	4	5	6	7	
	(ふりがな) 氏 名	かながわ たろう 神奈川 太郎							
	居 住 地	〒123-4567 ○○市××町1丁目2番3号							
	日中連絡がとれる連絡先 (携帯電話番号も可)	090-××××-△△△△							
保護者について (患者が18歳未満の場合に記入してください。)	氏 名						患者との 続柄		
	居 住 地	〒							
	日中連絡がとれる連絡先 (携帯電話番号も可)								

保健所等使用欄

患者No.確認
済・未

変更事項 (変更があった事項のみ記入してください。)

患者情報の 変更	(ふりがな) 氏 名								
	居 住 地	〒							
	日中連絡がとれる連絡先 (携帯電話番号も可)								
医療保険	保険者名称					被保険者氏名			
	健康保険証の 記号・番号					被保険者と患者 との続柄			
保護者や 送付先 の変更	(ふりがな) 氏 名						患者との続柄		
	居 住 地	〒							
	日中連絡がとれる連絡先 (携帯電話番号も可)								

保健所等受理印

県受理印

保険証の変更や、支給認定基準世帯員が変わる場合は、裏面の支給認定基準世帯員の欄をご記入ください。

支給認定基準世帯員	事由	氏名	患者との続柄	生年月日	マイナンバー				1月1日時点の市町村
		神奈川 太郎	患者本人	昭和20年2月2日					
	増・減	神奈川 花子	妻	昭和22年1月2日					
	増・減			年 月 日					
	増・減			年 月 日					

【記入方法】

- 「必ず記入してください。」欄の受給者番号、氏名、居住地、日中連絡がとれる連絡先を記入する。
患者が18歳未満の場合は、「保護者」欄の氏名、患者との続柄、居住地、日中連絡がとれる連絡先も記入する。
- 「変更事項」の「支給認定基準世帯員に関する事項」欄に、増減があった支給認定基準世帯員の氏名、続柄、生年月日を記入する。

【添付書類】

必要となる書類は次のとおりです。

支給認定基準世帯員が変わりますので、自己負担限度額の再算定を行います。

変更事項	必要書類
支給認定基準世帯員の増	<ul style="list-style-type: none"> 増員になった方の健康保険証のコピー 市町村民税の課税状況の確認書類(※注)(21ページ参照) (患者さん分と、支給認定基準世帯員全員分)

【支給認定基準世帯員とは】ご加入の健康保険によって、該当する方は次のとおりとなります。

加入している公的医療保険の種別		支給認定基準世帯員
国民健康保険		患者と同じ国保に加入している方全員
国民健康保険組合		患者と同じ国保組合に加入している方全員
後期高齢者医療制度		患者と同じ住民票上で、後期高齢に加入している方全員
社会保険 (協会けんぽ・健保組 合・共済・船員)	患者が被保険者本人の場合	患者本人
	患者が被保険者以外の場合	被保険者
	患者が被保険者以外の場合 (被保険者が非課税)	患者と、被保険者

6-2 支給認定基準世帯員の減があった場合

特定医療費支給認定変更届出書

令和4年 4 月 1 日

神奈川県知事殿

申請者 居住地 ○○市××町1丁目2番3号
氏名 神奈川 太郎

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、次のとおり届け出ます。

患者について	受給者番号	1	2	3	4	5	6	7	
	(ふりがな) 氏名	かながわ たろう 神奈川 太郎							
	居住地	〒123-4567 ○○市××町1丁目2番3号							
	日中連絡がとれる連絡先（携帯電話番号も可）	090-××××-△△△△							
保護者について (患者が18歳未満の場合に記入してください。)	氏名						患者との続柄		
	居住地	〒							
	日中連絡がとれる連絡先（携帯電話番号も可）								

保健所等使用欄

患者No.確認
済・未

変更事項（変更があった事項のみ記入してください。）

患者情報の変更	(ふりがな) 氏名								
	居住地	〒							
	日中連絡がとれる連絡先（携帯電話番号も可）								
	医療保険	保険者名称				被保険者氏名			
	健康保険証の記号・番号				被保険者と患者との続柄				
保護者の変更や送付先	(ふりがな) 氏名						患者との続柄		
	居住地	〒							
	日中連絡がとれる連絡先（携帯電話番号も可）								

保健所等受理印

県受理印

保険証の変更や、支給認定基準世帯員が変わる場合は、裏面の支給認定基準世帯員の欄をご記入ください。

支給認定基準世帯員	事由	氏名	患者との続柄	生年月日	マイナンバー						1月1日時点の市町村
			患者本人	年 月 日							
	増・減	神奈川 春子	妻	昭和60年1月2日							
	増・減			年 月 日							
	増・減			年 月 日							

【記入方法】

- 「必ず記入してください。」欄の受給者番号、氏名、居住地、日中連絡がとれる連絡先を記入する。
患者が18歳未満の場合は、「保護者」欄の氏名、患者との続柄、居住地、日中連絡がとれる連絡先も記入する。
- 「変更事項」の「支給認定基準世帯員に関する事項」欄に、増減があった支給認定基準世帯員の氏名、続柄、生年月日を記入する。

【添付書類】

必要となる書類は次のとおりです。

支給認定基準世帯員が変わりますので、自己負担限度額の再算定を行います。

支給認定世帯員の事由によって必要となる書類が異なりますので、必ず該当する項目をご確認ください。

変更事項	必要書類
支給認定基準世帯員の減	<ul style="list-style-type: none"> 健康保険証が変わって減員の場合は、減員になった方の健康保険証のコピー お亡くなりになられて減員の場合は、戸籍謄本、死亡届、死亡診断書のいずれかのコピー 居住地が変わって減員の場合は、減員になった方の住民票の写し又はマイナンバーカードのコピー

【支給認定基準世帯員とは】ご加入の健康保険によって、該当する方は次のとおりとなります。

加入している公的医療保険の種別		支給認定基準世帯員
国民健康保険		患者と同じ国保に加入している方全員
国民健康保険組合		患者と同じ国保組合に加入している方全員
後期高齢者医療制度		患者と同じ住民票上で、後期高齢に加入している方全員
社会保険 (協会けんぽ・健保組合・共済・船員)	患者が被保険者本人の場合	患者本人
	患者が被保険者以外の場合	被保険者
	患者が被保険者以外の場合 (被保険者が非課税)	患者と、被保険者

(※注)市町村民税の課税状況の確認書類について

市町村民税の課税状況の確認書類は、次のいずれかの書類をご提出ください。

ア 市町村民税(非)課税証明書(原本)

- ・証明年度の1月1日時点で住民登録がある市区町村役場の税務窓口で入手できます。
(郵送やコンビニ交付で取得できる市区町村もあります)



(注) 所得や税の申告をしていない場合、証明書の金額が空白や「*」で表示されます。

課税金額や所得金額が「*」で表示されている証明書では金額が確認できないため、受給者証を発行することができません。所得や住民税の申告をした上で、改めて証明書を取得してください。

- 下記の4つの国民健康保険組合以外の国民健康保険組合に加入している方は、義務教育を修了されていない方を含む組合員全員のこの書類が必要です。

(保険者への照会時に使用しますので、イ・ウの書類では受付できません。)

- 社会保険加入者で、被保険者の市町村民税が非課税の方は、この書類の提出が必要です。

(保険者への照会時に使用しますので、イ・ウの書類では受付できません。)

イ 給与所得等に係る特別徴収税額決定通知書(全てのページのコピー)

- ・給与所得者の方は5月頃に勤務先から配布、年金所得者の方は6月頃に自治体から郵送されています。
- 全てのページをコピーしてください。
- 2か所以上から配布されている場合には、全て提出してください。

ウ 市町村民税の税額決定・納税通知書(全てのページのコピー)

- ・主に個人事業主の方など、普通徴収により市町村民税を納税している方に郵送されています。
- 全てのページをコピーしてください。

◎申請に必要な証明書類の年度は、法律で次のように定められています。

申請月	令和6年												令和7年					
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月
必要書類	令和5年度の証明書類						令和6年度の証明書類											

【国民健康保険組合に係る注意事項】

- ・下記の4つの国民健康保険組合(※)以外の国民健康保険組合に加入されている方は、義務教育を修了していない者を含め、組合員全員のアの書類が必要です。
⇒イ・ウの書類では受付できません。

※ 4つの国民健康保険組合(国民健康保険と同様の取扱いとなります。)

- ・神奈川県歯科医師国民健康保険組合
- ・神奈川県食品衛生国民健康保険組合
- ・神奈川県薬剤師国民健康保険組合
- ・神奈川県建設連合国民健康保険組合