

特定医療費支給認定変更届出書

年 月 日

神奈川県知事殿

申請者 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。

患者について	受給者番号								保健所等 使用欄
	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）								
保護者について <small>（患者が18歳未満の場合に記入してください。）</small>	氏名					患者との 続柄			患者No. 確認 済・未
	居住地	〒							
	日中連絡がとれる連絡先（携帯電話番号も可）								

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			
変更 保護者や 送付先の	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							
				本人	年 月 日	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	
	増・減				年 月 日	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	
	増・減				年 月 日	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	
	増・減				年 月 日	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	

＜必要書類＞ 必要書類は変更事項により異なります。

変更事項	必要書類																																																																					
氏名・居住地	住民票の写し、運転免許証(両面)、マイナンバーカード(表面のみ)のいずれかのコピー																																																																					
医療保険	<p>1. 記号・番号のみの変更の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> 患者さんの健康保険証のコピー <p>2. 国民健康保険(国保組合含む)や後期高齢者医療広域連合に変更となる場合</p> <ul style="list-style-type: none"> 健康保険証のコピー(患者分と患者と同じ国保又は後期高齢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(患者分と患者と同じ国保又は後期高齢に加入している方全員分) (※注) <p>3. 社会保険に変更となる場合</p> <ul style="list-style-type: none"> 健康保険証のコピー(患者分と被保険者分。同一の場合は患者分) 市町村民税の課税状況の確認書類(被保険者分。ただし、被保険者が非課税の場合は、被保険者分と患者分) (※注) <p>◆マイナ保険証に登録・移行済みの方は、「健康保険証のコピー」の代わりに次のいずれかをご用意ください。</p> <ul style="list-style-type: none"> 保険者から交付された「資格情報のお知らせ」または「資格確認書」のコピー マイナポータルからダウンロードした「資格情報画面」を印刷したもの 																																																																					
送付先	なし																																																																					
支給認定基準世帯員の増減	<p>増員:増員となる方の健康保険証のコピー 患者と増員となる方の、市町村民税の課税状況の確認書類 (※注)</p> <p>減員: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表面のコピー</p>																																																																					
(※注)	<p>市町村民税の課税状況の確認書類については、下記 ①、② のどちらかの方法でご提出ください。</p> <p>① マイナンバーを記載し、課税状況の確認書類の提出を省略する方法</p> <ul style="list-style-type: none"> 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(窓口申請の場合は提示のみ)(マイナンバーカード(両面)、通知カード、マイナンバーが記載された住民票の写しのいずれか) <p>☆ 社会保険加入者で市町村民税が「非課税」の方や、「国民健康保険組合」に加入している方は、マイナンバーの記載によって課税証明書の提出を省略することはできません。必ず②のAの書類を提出してください。</p> <p>② 課税書類を取得して提出する方法</p> <p>ア～ウのいずれかの書類を添付してください。</p> <p>ア 市町村民税(非)課税証明書(原本)</p> <p>イ 市町村民税・県民税 特別徴収税額決定通知書のコピー(全てのページのコピー)</p> <p>ウ 市町村民税の税額決定・納税通知書のコピー(全てのページのコピー)</p> <p>必要な課税書類の年度や1月1日時点の市町村の記載は、提出時期によって次のようになります。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">申請年月</th> <th colspan="6">令和6年</th> <th colspan="6">令和7年</th> </tr> <tr> <th>1月</th><th>2月</th><th>3月</th><th>4月</th><th>5月</th><th>6月</th> <th>7月</th><th>8月</th><th>9月</th><th>10月</th><th>11月</th><th>12月</th> <th>1月</th><th>2月</th><th>3月</th><th>4月</th><th>5月</th><th>6月</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>必要書類</td> <td colspan="6">令和5年度(令和4年分)の証明書類</td> <td colspan="6">令和6年度(令和5年分)の証明書類</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td>市町村</td> <td colspan="6">令和5年1月1日時点の居住地</td> <td colspan="6">令和6年1月1日時点の居住地</td> <td colspan="6"></td> </tr> </tbody> </table>	申請年月	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(令和4年分)の証明書類						令和6年度(令和5年分)の証明書類												市町村	令和5年1月1日時点の居住地						令和6年1月1日時点の居住地											
申請年月	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(令和4年分)の証明書類						令和6年度(令和5年分)の証明書類																																																															
市町村	令和5年1月1日時点の居住地						令和6年1月1日時点の居住地																																																															