第２号様式

○必要書類は、裏面をご覧ください。

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者について | 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  | 👈 |
| （ふりがな）氏名 |  |
| 居住地 | 〒 |
| 日中連絡がとれる電話番号 |  |
| （6月～10月のみ記載）更新手続は行いましたか？（いずれかに○を付けてください。） | 既に行った　・　まだしていない　・　この届出と同時 |

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。

方は番号記載不要

新規・転入申請中の

|  |
| --- |
| 保健所等使用欄 |
| 患者№確認　済・未 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |  |

|  |
| --- |
| 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 | 〒 |
| 日中連絡がとれる電話番号 |  |
| 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 | 〒 |
| 日中連絡がとれる電話番号 |  |



|  |  |
| --- | --- |
| 保健所等受理印 | 県受理印 |
|  |  |

＜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 | マイナンバーカード（両面）、住民票の写し、運転免許証（両面）のいずれかのコピー |
| 医療保険 | 上記②に該当する４国民健康保険組合は、次のとおりです。・神奈川県歯科医師国民健康保険組合　　・神奈川県薬剤師国民健康保険組合・神奈川県食品衛生国民健康保険組合　　・神奈川県建設連合国民健康保険組合 |
| 送付先 | 特になし |
| 支給認定基準世帯員の増減 |  |
| **（※注）** | ＜健康保険証等と課税状況の確認書類を提出する方法＞《健康保険証等について》次のいずれか１点のコピーをご提出ください。・健康保険証・資格情報のお知らせ・資格確認書・マイナポータルの資格情報画面を印刷したも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）イ　市町村民税・県民税　特別徴収税額決定通知書（全ページのコピー）ウ　市町村民税の税額決定・納税通知書（全ページのコピー） |