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

　　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。

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者に  ついて | 受給者番号 |  |  |  | |  | |  |  | |  |
| （ふりがな）  氏名 |  | | | | | | | | | |
| 居住地 | 〒 | | | | | | | | | |
| 日中連絡がとれる連絡先（携帯電話番号も可） | | | |  | | | | | | |
| 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） | | | |  | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
|  |  | 患者  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、マイナンバーカード（両面）のいずれかのコピー |
| 医療保険 | １．記号・番号のみの変更の場合  ・患者さんの健康保険証のコピー  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  ・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）**  ３．社会保険に変更となる場合  ・健康保険証のコピー（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）** |
| 送付先 | 特になし |
| 支給認定基準世帯員の増減 | 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）**  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のコピー |
| **（※注）** | 【市町村民税の課税状況の確認について】  必ずどちらの方法でご提出ください。  ＜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＞  　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）  　（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）  ＜課税書類を取得して提出する方法＞  ア～ウのいずれかの書類を添付してください。  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のコピー（全てのページのコピー）  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）  **（注意）**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る**課税証明書の提出を省略できません。** 必ず**ア**の書類を提出してください。  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。 |