

特定医療費（指定難病）変更届出書

特定医療費（指定難病）変更届出書																			
受給者番号							ふりがな												
							氏名												
生年月日 大正 昭和 年 月 日 平成 令和							電話番号			-	-								
										-	-								
住所							〒			-									
変更事項 ※該当するものに“○”							新					旧							
住所							〒			〒									
加入医療保険に関する事項							保険者			保険者									
							記号番号			記号番号									
							被保険者			被保険者			続柄（ ）		続柄（ ）				
その他																			
支給認定基準世帯員							支給認定基準世帯員は、受給者の加入する医療保険により異なります。 ・ 社保、共済の場合は、 <u>被保険者</u> → 変更があれば以下の①を記入 ・ 国保、国保組合、後期高齢の場合は、 <u>受給者と同じ医療保険に加入する住民票同一世帯者</u> → 変更があれば以下の②を記入												
① 社保・共済の場合		ふりがな 氏名			個人番号 ※新たな被保険者のみ記入、受給者は不要					性別 生年月日		申請年1月1日の 住民票市町村		続柄					
		被保険者										男・女			都道府県	市町村			
② 国保・後期高齢の場合 ※ 住民票同一世帯員全員を記入 (受給者及び中学生以下を除く)		ふりがな 氏名			個人番号 ※受給者と同一医療保険加入者のみ記入、届出済者は不要					保険種別	性別 生年月日		申請年1月1日の 住民票市町村		続柄				
													国保 後期高齢	男・女		都道府県	市町村		
										社保共済									
										国保 後期高齢	男・女		都道府県	市町村					
										社保共済									
										国保 後期高齢	男・女		都道府県	市町村					
								社保共済											
①、②共通 受給者について		裏面記載の年金等の 受給の有無及び年額			有・無		有の場合		裏面記載の番号（ ）		当該年額が80万円を超える（はい・いいえ）								
									80万円以下の場合の年額（ ）円										
受給者でないものについて		指定難病または 小児慢性特定疾病の有無			有・無		有の場合		氏名及び受給者番号										
上記のとおり変更事項を届出します。										受付印									
届出者名 _____							電話番号												
年 月 日							続柄（ ）								大分県知事 殿				

