

特定医療費（指定難病）支給認定申請内容変更届

大阪市長 様

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、届出をします。また本届出の認定に必要な場合は、本届出の認定に必要な場合は、大阪市において、臨床調査個人票に関する医療情報、市民税等に関する課税情報、医療保険上の所得区分情報、国民健康保険情報、後期高齢者医療情報、生活保護受給情報、特別児童扶養手当情報、特別障がい者手当情報、障がい児福祉手当情報、小児慢性特定疾病情報を確認されることに同意します。

年 月 日

受診者	フリガナ		電話番号	(自宅)					
	氏名			(携帯)					
	生年月日	年 月 日	受給者番号						
	住所	〒 -							
届出者	区分	☐ 受診者本人を届出者として、本件を届出します。（届出者欄の以下の項目への記入は不要です。） ☐ 下記の者を届出者として、本件を委任します。（届出者欄の以下の項目への記入が必要です。） ※受診者が18歳未満の場合は、保護者が申請者となります。							
	フリガナ		電話番号	(自宅)					
	氏名			(携帯)					
	住所	〒 -		受診者との続柄					
送付先	区分	☐ 受診者宛 ☐ 届出者宛 ☐ 下記のとおり（送付先設定がない場合は、受診者あて送付します）							
	フリガナ		電話番号	(自宅)					
	氏名			(携帯)					
	住所	〒 -		受診者との続柄					

届出が必要な事項を、ご記入ください。（表）

1	フリガナ 受診者氏名	新			旧					
2	受診者住所	新	〒 -							
		旧	〒 -							
3	加入医療保険等 加入医療保険等変更 次の書類を添付した場合は○を付してください。 ・限度額認定証	加入医療保険等	フリガナ 被保険者氏名			受診者との続柄				
		☐ 被用者保険(協会けんぽ・健保組合・共済等) ☐ 国民健康保険 《市町村国保》 ☐ 国民健康保険組合 《業種別国保》 ☐ 後期高齢者医療 ☐ 生活保護 ☐ 中国残留邦人支援受給世帯		☐ 国民健康保険 《市町村国保》	記号					
				☐ 国民健康保険組合 《業種別国保》	番号			枝番		
				☐ 後期高齢者医療	保険者番号					
				☐ 生活保護	保険者名称					
	☐ 中国残留邦人支援受給世帯	資格取得年月日	年 月 日							
適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ・Ⅵ・Ⅴ・Ⅳ・Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ									
4	支給認定基準世帯員変更	同じ保険に加入している者 に変更があった場合は、裏面の4「支給認定基準世帯員」の表に、変更後の世帯員全員をご記入ください。（ウラへ続く）								

《事務処理使用欄》						階層区分	適用区分	備考	
⇒事務処理欄	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日							
		年 月 日 ~ 年 月 日							
		年 月 日 ~ 年 月 日							
	確認者					受付日 年 月 日			
	保健所受付印		保健福祉センター受付印		交付履歴				
					有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日 交付年月日 年 月 日 階層／適用区分 /				

届出が必要な事項を、ご記入ください。(裏)

4 (つづき)	受診者と同じ保険に加入する者	支給認定基準世帯員の 氏名、生年月日		受診者 との続柄	課税年において、 16歳未満の方は、 下記に☑をつけて ください。	受診者と同じ保険の方のうち、本年1月1日には他市町村に住民票のあった方については1月1日現在の居住地を記入してください。そのうち現在は受診者と同じしていない場合は、個人番号を記入してください。 受診者と同じ保険の方のうち、本年1月1日には大阪市内に住民票があり、現在は受診者と同じされていない場合、市内に住民票のある方は現住所を、他市町村に住民票のある方は転出前的大阪市内での住所を記入してください。 ただし、本年度課税地が大阪市と異なる方は、課税地の住所・生年月日・個人番号を記載するか、住民税課税証明書を提出してください。																				
		個人番号（マイナンバー）																								
		受診者 氏名	(氏名)	本人	☐ 16歳未満	1月1日現在の住所 <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				
		世帯員	(氏名)		☐ 16歳未満	☐受診者と同じ（1月1日現在の住所） <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				
		(生年月日)	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																							
		世帯員	(氏名)		☐ 16歳未満	☐受診者と同じ（1月1日現在の住所） <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				
(生年月日)	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																									
世帯員	(氏名)		☐ 16歳未満	☐受診者と同じ（1月1日現在の住所） <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																						
(生年月日)	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																									
世帯員	(氏名)		☐ 16歳未満	☐受診者と同じ（1月1日現在の住所） <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																						
(生年月日)	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																									

5	受診者の 個人番号 変更	※変更後の個人番号（マイナンバー）をご記入ください。 ※受診者が18歳未満の場合は保護者（過去に申請者となった方）の個人番号（マイナンバー）に変更があった場合のみご記入ください。	
		受診者氏名	
		個人番号（マイナンバー）	
		保護者氏名	
		個人番号（マイナンバー）	

【添付書類】

変更事項	添付書類
共通	医療受給者証の写し
1 受診者氏名 2 受診者住所	添付書類なし
3 加入医療保険等	医療保険の資格情報確認資料 下記のうち、いずれか1つ ①有効期間内の「健康保険証」の写し ②「資格情報のお知らせ」の写し ③「資格確認書」の写し ④マイナポータルからダウンロードした「資格情報（PDF）」の印刷したもの、 または、マイナポータルの画面をスクリーンショットしたものを印刷したもの。 その他必要な書類は、加入している医療保険によって異なります （（保険者へ適用区分照会のための）課税証明書、生活保護適用証明書等）
4 支給認定基準世帯員	医療保険の資格情報確認資料 その他必要な書類は、加入している医療保険によって異なります
5 個人番号変更	通知カード、個人番号カード等