

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	<input type="checkbox"/> 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。） <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 受診者宛 <input type="checkbox"/> 届出者宛 <input type="checkbox"/> 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		新		旧			
	受診者氏名							
2	受診者住所	新	〒 -					
		旧	〒 -					
3	加入保険等変更	加入医療保険等	フリガナ被保険者氏名		受診者との続柄			
			<input type="checkbox"/> 被用者保険(協会けんぽ・健保組合・共済等) <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <<市町村国保>> <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合 <<業種別国保>> <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 中国残留邦人支援受給世帯			被保険者証	記号	
							番号	
							保険者番号	
		保険者名称						
		適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ・VI・V・IV・III・II・I		資格取得年月日	年 月 日		
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》

⇒事務処理欄	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	階層区分	適用区分	備考
		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	/		

