

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、加入医療保険情報、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、及び保険者に対して情報提供を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）

| | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-------------|--|---------|----------------|---------|----|----|----|-------|-------|---------|
| 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 | 記号 | 番号 | 枝番 | 保険者番号 | 保険者名称 | 資格取得年月日 |
| 4 | 支給認定基準世帯員変更 | <input type="checkbox"/> 裏面の「支給認定基準世帯員等記載欄」の表のとおり同じ保険に加入している者に変更がありましたので、届出します。（あわせて裏面の「支給認定基準世帯員等記載欄」の表に、変更後の内容をご記入ください。） | | | | | | | | | |

《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 | 負担 | 備考 |
| | | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | 人・按・軽・高 | |
| | | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | 人・按・軽・高 | |
| | 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/負担 | / 人・按・軽・高 | | |

届出が必要な事項を、「」記入ください。(裏)

(支給認定基準世帯員等記載欄)

「4 支給認定基準世帯員変更」欄へチェックを入れられた場合は記入が必要です。

受診者本人の加入している医療保険が被用者保険以外の場合は同一世帯の方全員（16歳未満は記載不要）、受診者本人の加入している医療保険が被用者保険の場合は受診者と被保険者（住民票が異なる場合を含む）について記入してください。

○「氏名」「続柄」…上記に該当する方の情報について記入してください。

○「同一保険」…受診者本人と同じ医療保険に加入されている方は☑をしてください。

○「加入医療保険」…「同一保険」に該当しない方について、その方が加入している医療保険に☑をしてください。

○「個人番号」…次に該当する方のみ記載が必要です。

・提出が必要な医療保険の資格情報確認資料を省略される方。

・変更届とあわせて階層区分の変更申請書を提出される場合は、「同一保険」に☑がある方のうち、1月1日(*)現在の住所が大阪市外の方。（ただし、該当者の課税証明書を提出する場合は、個人番号の記載は不要です。）

○「1月1日現在の住所」「生年月日」…変更届とあわせて階層区分の変更申請書を提出される場合は、「同一保険」に☑がある方で、1月1日(*)現在の住所が大阪市外の方、または大阪市内に住民票があるが本申請時点で受診者と同居されていない方は、1月1日現在の住所及び生年月日を記入してください。

※「3 加入医療保険等変更」に該当する方のうち、個人番号を記載することにより提出が必要な医療保険の資格確認資料を省略される場合も、下の表へ受診者本人（受診者本人の加入している保険が被用者保険の場合は、受診者本人と被保険者）について必要事項を記入してください。

(*) 1月～6月に申請を行う場合は、前年1月1日現在の住所を記入してください。

| 氏名 | 同一保険 | 加入医療保険 | 1月1日現在の住所 |
|------|------|---|----------------------|
| 続柄 | | 個人番号 | 生年月日 |
| (氏名) | ☐ | ☐被用者保険（協会けんぽ） ☐被用者保険（健康保険） ☐被用者保険（共済等） ☐国民健康保険（市町村国保） ☐後期高齢者医療 ☐国民健康保険組合（業種別国保） | (1月1日現在の住所) |
| 本人 | | | (生年月日) 大・昭・平・令 年 月 日 |
| (氏名) | ☐ | ☐被用者保険（協会けんぽ） ☐被用者保険（健康保険） ☐被用者保険（共済等） ☐国民健康保険（市町村国保） ☐後期高齢者医療 ☐国民健康保険組合（業種別国保） | (1月1日現在の住所) |
| (続柄) | | | (生年月日) 大・昭・平・令 年 月 日 |
| (氏名) | ☐ | ☐被用者保険（協会けんぽ） ☐被用者保険（健康保険） ☐被用者保険（共済等） ☐国民健康保険（市町村国保） ☐後期高齢者医療 ☐国民健康保険組合（業種別国保） | (1月1日現在の住所) |
| (続柄) | | | (生年月日) 大・昭・平・令 年 月 日 |
| (氏名) | ☐ | ☐被用者保険（協会けんぽ） ☐被用者保険（健康保険） ☐被用者保険（共済等） ☐国民健康保険（市町村国保） ☐後期高齢者医療 ☐国民健康保険組合（業種別国保） | (1月1日現在の住所) |
| (続柄) | | | (生年月日) 大・昭・平・令 年 月 日 |
| (氏名) | ☐ | ☐被用者保険（協会けんぽ） ☐被用者保険（健康保険） ☐被用者保険（共済等） ☐国民健康保険（市町村国保） ☐後期高齢者医療 ☐国民健康保険組合（業種別国保） | (1月1日現在の住所) |
| (続柄) | | | (生年月日) 大・昭・平・令 年 月 日 |
| (氏名) | ☐ | ☐被用者保険（協会けんぽ） ☐被用者保険（健康保険） ☐被用者保険（共済等） ☐国民健康保険（市町村国保） ☐後期高齢者医療 ☐国民健康保険組合（業種別国保） | (1月1日現在の住所) |
| (続柄) | | | (生年月日) 大・昭・平・令 年 月 日 |

| | | | |
|---|------------|--|--|
| 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 4 支給認定基準世帯員 | 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「資格情報のお知らせ」の写し ②「資格確認書」の写し ③ 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（生活保護適用証明書等） |
| 5 個人番号変更 | 通知カード、個人番号カード等 |