

特定医療費（指定難病）受給者証記載事項変更届

患者	フリガナ		性別	年齢	生年月日				
	氏名		男・女	歳	大 昭 平 令	正 和 成 和	年	月	日
	受給者番号		個人番号						
変更のある事項に☑	事項	変更前	変更後						
	☐ 患者	フリガナ	変更後のフリガナは患者の欄に記載						
		氏名	変更後の氏名は患者の欄に記載						
		住所	〒（ - ）	〒（ - ）					
		(電話 - -)	(電話 - -)						
	☐ 保護者	フリガナ							
		氏名							
		住所	〒（ - ）	〒（ - ）					
		(電話 - -)	(電話 - -)						
		個人番号							
	☐ 保険区分	保険の種類	被用者（本人・家族）・国保 国保組合・後期高齢・生活保護			被用者（本人・家族）・国保 国保組合・後期高齢・生活保護			
		保険証の 保険者名	・国民健康保険（市町村 区） ・全国健康保険協会（北海道支部 支部） ・北海道後期高齢者医療広域連合 ・その他（ ）			・国民健康保険（市町村 区） ・全国健康保険協会（北海道支部 支部） ・北海道後期高齢者医療広域連合 ・その他（ ）			
		保険証の 記号・番号							
	☐ 支給認定基準 世帯員	裏面の「世帯員について」の表に、変更後の世帯全員をご記入ください。							
	☐ 送付先住所	裏面の「送付先住所」の表に、変更後の送付先住所をご記入ください。							
変更年月日									
届出者氏名記載欄 ※患者本人（18歳未満の場合は保護者）		私は、裏面の同意事項に同意のうえ、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。					収受印（保健センター）		
令和 年 月 日		札幌市長 様							
届出者氏名 _____		患者との関係 _____							
※届出者の住所・電話番号が、患者本人と異なる場合は、以下に届出者の住所等を記載									
〒（ - ）		電話番号（ - - ）							
住所 _____									
届出手続き等を委任する場合		私は、この届出に係る書類の提出及び受領に関する権限並びに個人番号（行政手続きにおける特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に定める個人番号をいう。）を提供する権限を次の代理人に委任します。					収受印（保健所）		
令和 年 月 日		届出者氏名 _____							
代理人氏名 _____		届出者との関係 _____							
〒（ - ）		電話番号（ - - ）							
代理人住所 _____									

- 自己負担上限額（所得区分・人工呼吸器装着・高額かつ長期・世帯内按分）、指定医療機関の変更及び疾病変更、疾病追加については、支給認定の変更を行うため、特定医療費（指定難病）支給認定申請書（変更）に記載し申請すること。
- 自己負担上限額に影響がある場合、変更申請として取り扱う場合があります。



裏面もご確認ください→

世帯員について							
住民票上の世帯全員について記入してください。 ※ 住民票が別の方も、同じ医療保険に加入している場合は、一緒に記入してください。 ※ 個人番号は、患者本人と同じ被用者保険に加入している場合は被保険者（扶養状況欄の本人）のみ、それ以外の医療保険に加入している場合は、患者本人と同じ種別の医療保険に加入している方が記入してください。 ※ 過去の申請及び届出時に提供している個人番号と変更がない方は、個人番号の記入は必要ありません。							
氏名	続柄	年齢	医療保険の種類 ※該当するものに○	扶養状況 ※被用者保険の方	特定医療費の 受給状況 ※該当する場合に○	小児慢性特定疾病 医療の受給状況 ※該当する場合に○	札幌市記入欄 支給認定 基準世帯員
個人番号							
	患者本人		被用者・国保 国保組合・後期高齢 生活保護	本人・被扶養		受給中・申請中	<input type="checkbox"/>
	患者本人の		被用者・国保 国保組合・後期高齢 生活保護	本人・被扶養	受給中・申請中	受給中・申請中	<input type="checkbox"/>
	患者本人の		被用者・国保 国保組合・後期高齢 生活保護	本人・被扶養	受給中・申請中	受給中・申請中	<input type="checkbox"/>
	患者本人の		被用者・国保 国保組合・後期高齢 生活保護	本人・被扶養	受給中・申請中	受給中・申請中	<input type="checkbox"/>
	患者本人の		被用者・国保 国保組合・後期高齢 生活保護	本人・被扶養	受給中・申請中	受給中・申請中	<input type="checkbox"/>
	患者本人の		被用者・国保 国保組合・後期高齢 生活保護	本人・被扶養	受給中・申請中	受給中・申請中	<input type="checkbox"/>
	患者本人の		被用者・国保 国保組合・後期高齢 生活保護	本人・被扶養	受給中・申請中	受給中・申請中	<input type="checkbox"/>
	患者本人の		被用者・国保 国保組合・後期高齢 生活保護	本人・被扶養	受給中・申請中	受給中・申請中	<input type="checkbox"/>

送付先住所	認定結果は、患者の住民登録のある住所に送付しますが、送付先を別に指定する必要がある場合は、下記に記入してください。		
氏名		患者との関係	
住所	（〒 ）（電話 ）		

同意事項	本届出に関する次の項目について、同意しない場合は、☑してください。	同意 しない 場合
変更届に関する情報確認の 同意	本届出に必要な情報である、上記世帯員に関する住民票情報、市町村民税の課税情報、生活保護の受給情報、特定医療費及び小児慢性特定疾病医療費の受給情報について、札幌市の関係職員が、調査・閲覧を行うことに同意します。また、代理人に届出手続き等を委任する場合は、当該情報を代理人に提示することに同意します。なお、これらの調査・閲覧を行うことについて、上記世帯員全員の承諾を得ています。	<input type="checkbox"/>