

(様式第5号)

## 特定医療費(指定難病)受給者証等記載事項変更届

岡山県知事 殿

年 月 日

(届出者)※申請者は患者本人又は保護者(患者が18歳未満の場合)

〒

住所

氏名

(続柄)

電話番号 ( ) -

難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則(平成26年厚生労働省令第121号)第13条の規定により次のとおり届け出ます。

また、特定医療費の給付を受けるにあたり必要があるときは、私の医療保険上の適用区分(所得区分)に関する情報につき、岡山県が私の加入する医療保険者に報告を求め、当該保険者がそれに応じることに同意します。

### 1 患者

受給者番号							
フリガナ 氏名					電話番号	( ) -	
							・申請者に同じ
住所	〒						
							・申請者に同じ

### 2 変更事項

- 患者、保護者の氏名、居住地 ※変更内容を確認できる公的な書類のコピーを添付してください。
- 保険者名称、保険証記号・番号・枝番 ※保険証のコピーを添付してください。
- 被保険者氏名 ※保険証のコピーを添付してください。
- 患者及び申請者のマイナンバー ※別紙「個人番号提供書」を添付してください。
- 郵便物送付先別住所

変更前	変更後

### 3 変更年月日

年 月 日

保健所受付印欄

注1) 自己負担上限額(階層区分)に変更があるときは、支給認定の変更を行うため、特定医療費(指定難病)支給認定申請書に記入し、提出してください。

注2) 自己負担上限額(人工呼吸器等装着・高額かつ長期)及び受給対象となる指定難病に変更があるときは、支給認定の変更を行うため、特定医療費(指定難病)支給認定変更申請書に記入し、提出してください。