

## 特定医療費(指定難病)支給認定記載事項変更届

岡山県知事 殿 (届出者) ※届出者は患者本人又は保護者(患者が18歳未満の場合) 年 月 日  
 氏名 (続柄 )

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。個人番号が不明な場合や番号確認・身元確認の書類の持参がなかった場合等は、住民基本台帳法等に基づき岡山県が支給認定基準世帯員の個人番号を照会することに同意します。

<b>受給者番号</b>				
<b>受給者</b>	フリガナ			
	氏名	年齢	生年月日 大正・昭和 年 月 日 平成・令和	
	住所	〒 電話 ( )		
<b>保護者</b>	フリガナ			
	氏名	受診者との続柄		
住所 (受給者と異なる場合に記入)		〒 電話 ( )		
受給者・(保護者)に関する事項		変 更 前	変 更 後	
<b>変更のある事項に☑</b>	<input type="checkbox"/>	住所	〒	
	<input type="checkbox"/>	フリガナ		
	<input type="checkbox"/>	氏名		
	<input type="checkbox"/>	電話番号	— —	
	<input type="checkbox"/>	郵便物送付先別住所	〒	
	<input type="checkbox"/>	個人番号 (マイナンバー)	変更前の個人番号は記載不要	変更後の個人番号は、別紙「個人番号提供書」に記載してください
	<input checked="" type="checkbox"/>	医療保険等に関する変更		
<input type="checkbox"/>	保険種別	<ul style="list-style-type: none"> <li style="width: 50%;">・国民健康保険</li> <li style="width: 50%;">・国民健康保険組合</li> <li style="width: 50%;">・後期高齢</li> <li style="width: 50%;">・協会けんぽ</li> <li style="width: 50%;">・健保組合</li> <li style="width: 50%;">・共済組合</li> <li style="width: 50%;">・他</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li style="width: 50%;">・国民健康保険</li> <li style="width: 50%;">・国民健康保険組合</li> <li style="width: 50%;">・後期高齢</li> <li style="width: 50%;">・協会けんぽ</li> <li style="width: 50%;">・健保組合</li> <li style="width: 50%;">・共済組合</li> <li style="width: 50%;">・他</li> </ul>	
<input type="checkbox"/>	保険者名	保険者名	保険者名 (保険者番号)	
<input type="checkbox"/>	被保険者証の記号・番号・(枝番)	記号 番号 (枝番)	記号 番号 (枝番)	
<input type="checkbox"/>	被保険者氏名(受給者との続柄)	氏名 続柄 ( )	氏名 続柄 ( )	
<input type="checkbox"/>	変更年月日	年 月 日		

医療保険等に関する変更がある方は、下記の医療保険変更前後の支給認定基準世帯員及び按分の状況も記入してください。なお、16歳未満は記載不要です。 ※世帯員が追加になる場合は、別紙「個人番号提供書」を添付してください。

世帯員変更の有無	氏名	指定難病・小児慢性特定疾病支給の有無	世帯員変更の有無	氏名	指定難病・小児慢性特定疾病支給の有無
<input type="checkbox"/> 変更なし <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢	<input type="checkbox"/> 変更なし <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢
<input type="checkbox"/> 変更なし <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢	<input type="checkbox"/> 変更なし <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢

- 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)支給認定変更申請書に記入し、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。
- 注3) 世帯按分について、支給認定基準世帯員等に変更がある場合、職権で自己負担上限額を変更する場合があります。

<b>保健所使用欄</b>	添付書類	その他記載欄	<b>保健所受付印欄</b>
	氏名/住所確認書類・医療保険確認書類 個人番号提供書・添付書類省略に係る調書	未更新・更新同時・更新手続済・変更申請同時 マイナンバー要確認・その他( )	