

特定医療費（指定難病）受給者証／登録者証（指定難病）等記載事項変更届



受診者／要支援者	受給者番号				個人番号（マイナンバー）								
	フリガナ									年齢	生年月日		
	氏名									歳	年 月 日		
	住民票上の住所 <small>（送付先が異なる場合は括弧内に記入）</small>	〒（      —      ） 電話番号（      —      —      ）				石川県							
		〒				氏名：      —      —      —      —      —      —      —				電話番号：      —      —      —      —      —      —      —			
保護者 <small>（受診者が18歳未満の場合のみ記入）</small>	フリガナ									受診者との関係（続柄）			
		氏名											
※ 下記の者を優先的に記入してください。		個人番号											
<input type="checkbox"/> 受診者と同一の医療保険に加入している世帯主 <input type="checkbox"/> 受診者が加入している医療保険の被保険者		住所				〒（      —      ） 電話番号（      —      —      ）							
		受診者本人の住所と異なる場合のみ記入											

変更のある事項に☑をしてください。	事項	変更前	変更後
	<input type="checkbox"/> 受診者に関する事項 (氏名、住所、電話番号)	〒（      —      ） 電話番号（      —      —      ）	〒（      —      ） 電話番号（      —      —      ）
	<input type="checkbox"/> 送付先に関する事項 (氏名、住所、電話番号)	〒（      —      ） 電話番号（      —      —      ）	〒（      —      ） 電話番号（      —      —      ）
	<input type="checkbox"/> 保護者に関する事項 (氏名、住所、電話番号)	〒（      —      ） 電話番号（      —      —      ）	〒（      —      ） 電話番号（      —      —      ）
	<input type="checkbox"/> 加入医療保険に関する事項 (保険種別、保険者、記号及び番号など) ※ <u>支給認定基準世帯員の一覧(裏面)</u> を必ず記入すること。		
	<input type="checkbox"/> 支給認定基準世帯員に関する事項 (氏名、個人番号、住所) ※ <u>支給認定基準世帯員の一覧(裏面)</u> を必ず記入すること。		
備 考			

石川県知事 殿

私は、特定医療費支給認定申請書及び特定医療費受給者証／登録者証（指定難病）に記載された事項の変更について、上記のとおり届け出ます。

年 月 日 受診者又は法定代理人氏名  
(又は保護者氏名)

※ 指定医療機関に関する事項及び月額自己負担上限額（階層区分・人工呼吸器等装着・高額かつ長期）の変更並びに病名の追加等については、支給認定の変更を要するため、変更届ではなく、特定医療費支給認定申請書（変更）によって申請すること。

**支給認定基準世帯員（受診者と同一の医療保険に加入している者）**

※ 世帯の範囲を確認するために必要ですので、受診者と同一の医療保険に加入している者を同居・別居を問わず全員記入してください。

支給認定世帯に属する者		受診者との関係(続柄)	医療保険の種別	(社会保険の場合のみ記入)	指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成受給の有無
受診者名		本人	国保/国組 ・ 後期高齢 ・ 社会保険	被保険者 ・ 被扶養者	有 小慢 (受給者番号 ) ・ 無
1	フリガナ 氏名 生年月日 年 月 日 個人番号 (※1) 住所 (※2)			被保険者 ・ 被扶養者	有 1 難病 (受給者番号 ) 2 小慢 (受給者番号 ) ・ 無
2	フリガナ 氏名 生年月日 年 月 日 個人番号 (※1) 住所 (※2)			被保険者 ・ 被扶養者	有 1 難病 (受給者番号 ) 2 小慢 (受給者番号 ) ・ 無
3	フリガナ 氏名 生年月日 年 月 日 個人番号 (※1) 住所 (※2)			被保険者 ・ 被扶養者	有 1 難病 (受給者番号 ) 2 小慢 (受給者番号 ) ・ 無
4	フリガナ 氏名 生年月日 年 月 日 個人番号 (※1) 住所 (※2)			被保険者 ・ 被扶養者	有 1 難病 (受給者番号 ) 2 小慢 (受給者番号 ) ・ 無
5	フリガナ 氏名 生年月日 年 月 日 個人番号 (※1) 住所 (※2)			被保険者 ・ 被扶養者	有 1 難病 (受給者番号 ) 2 小慢 (受給者番号 ) ・ 無
6	フリガナ 氏名 生年月日 年 月 日 個人番号 (※1) 住所 (※2)			被保険者 ・ 被扶養者	有 1 難病 (受給者番号 ) 2 小慢 (受給者番号 ) ・ 無

提出者が受診者又は保護者と異なる場合	氏名 住所 TEL (      —      —      )	受診者との関係(続柄)
--------------------	--	-------------

※ センター押印欄			
受付者	身元確認	番号確認	代理権確認

※ 1 国民健康保険又は国民健康保険組合の場合は受診者と同じ記号・番号の医療保険に加入している者、後期高齢者医療保険の場合は受診者と同じ住民票上で後期高齢者医療保険に加入している者について個人番号を記入し、当該全員と受診者の保険証の写しを添付すること。社会保険の場合は被保険者についてのみ個人番号を記入し、被保険者と受診者の保険証の写しを添付すること。  
 ※ 2 支給認定基準世帯員の住所については、受診者本人の住所と異なる場合のみ記入してください。