

特定医療費（指定難病）変更届出書

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|------------|--|-----------------------------|--|------------------------------------|--|------------------|--|------------------------|--|--------------------|------------|----|--------------------|--|----|
| 受給者番号 | | | | | | | | | | ふりがな | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | | | 年 月 日 | | | | 電話番号 | | - | | - | | | | | | | |
| 住所 | | | | | | | | | | - | | - | | | | | | | |
| 変更事項 ※該当するものに“○” | | 新 | | | | | | 旧 | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | 〒 | | | | | | 〒 | | | | | | | | | | | |
| 被保険者証 | | 保険者 | | | | 保険者 | | | | | | | | | | | | | |
| | | 記号番号 | | | | 記号番号 | | | | | | | | | | | | | |
| | | 被保険者 | | | | 続柄 () | | | | 被保険者 | | 続柄 () | | | | | | | |
| その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支給認定 基準世帯員 | | 支給認定基準世帯員は、受給者の加入する医療保険により異なります。 ・ 社保、共済の場合は、被保険者 → 変更があれば以下の①を記入 ・ 国保、国保組合、後期高齢の場合は、受給者と同じ医療保険に加入する住民票同一世帯者 → 変更があれば以下の②を記入 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ① 社保・ 共済の場合 被保険者 | | ふりがな 氏名 | | | | 個人番号 ※新たな被保険者のみ記入、受給者は不要 | | | | | | 性別 生年月日 | | 申請年1月1日の 住民票市町村 | | 続柄 | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | 男・女 | | | 都道府県 市町村 | | |
| ② 国保・ 後期高齢の 場合 ※ 住民票 同一世帯員 全員を記入 (受給者及 び中学生以 下を除く) | | 変更者 に“○” | | ふりがな 氏名 | | | | 個人番号 ※受給者と同一医療保険加入者のみ記入、届出済者は不要 | | | | | | 保険 種別 | 性別 生年月日 | | 申請年1月1日の 住民票市町村 | | 続柄 |
| | | | | | | | | | | | | | | 国保 後期高齢 社保共済 | 男・女 | | 都道府県 市町村 | | |
| | | | | | | | | | | | | | | 国保 後期高齢 社保共済 | 男・女 | | 都道府県 市町村 | | |
| | | | | | | | | | | | | | | 国保 後期高齢 社保共済 | 男・女 | | 都道府県 市町村 | | |
| | | | | | | | | | | | | | | 国保 後期高齢 社保共済 | 男・女 | | 都道府県 市町村 | | |
| | | | | | | | | | | | | | | 国保 後期高齢 社保共済 | 男・女 | | 都道府県 市町村 | | |
| ①、②共通 受給者について | | 裏面記載の年金等の 受給の有無及び年額 | | | | 有・無 | | 有の場合 | | 裏面記載の番号 () | | 当該年額が80万円を超える (はい・いいえ) | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | 80万円以下の場合の年額 () | | 円) | | | | | | | |
| 受給者でない ものについて | | 指定難病または 小児慢性特定疾病の有無 | | | | 有・無 | | 有の場合 | | 氏名及び受給者番号 | | | | | | | | | |
| 上記のとおり変更事項を届出します。 | | | | | | | | | | | | 受付印 | | | | | | | |
| 届出者名 _____ | | | | | | | | 電話番号 _____ | | | | | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | | 続柄 () | | | | | | | | | | | |
| 大分県知事 殿 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※前年に下記障害年金・遺族年金等の給付がある場合は、その番号を表面に記載してください。 様式第5号（裏面）

| | |
|------|---|
| (1) | 国民年金法に基づく障害基礎年金、遺族基礎年金及び寡婦年金並びに国民年金法等の一部を改正する法律第一条の規定による改正前の国民年金法に基づく障害年金 |
| (2) | 厚生年金保険法に基づく障害厚生年金、障害手当金及び遺族厚生年金並びに昭和六十年法律第三十四号第三条の規定による改正前の厚生年金保険法に基づく障害年金 |
| (3) | 船員保険法に基づく障害年金及び障害手当金並びに昭和六十年法律第三十四号第五条の規定による改正前の船員保険法に基づく障害年金 |
| (4) | 国家公務員共済組合法に基づく障害共済年金、障害一時金及び遺族共済年金並びに国家公務員等共済組合法等の一部を改正する法律第一条の規定による改正前の国家公務員等共済組合法に基づく障害年金 |
| (5) | 地方公務員等共済組合法に基づく障害共済年金、障害一時金及び遺族共済年金並びに地方公務員等共済組合法等の一部を改正する法律第一条の規定による改正前の地方公務員等共済組合法に基づく障害年金 |
| (6) | 私立学校教職員共済法に基づく障害共済年金、障害一時金及び遺族共済年金並びに私立学校教職員共済組合法等の一部を改正する法律第一条の規定による改正前の私立学校教職員共済組合法に基づく障害年金 |
| (7) | 厚生年金保険制度及び農林漁業団体職員共済組合制度の統合を図るための農林漁業団体職員共済組合法等を廃止する等の法律附則第十六条第四項に規定する移行農林共済年金のうち障害共済年金、同条第六項に規定する移行農林年金のうち障害年金及び同法附則第二十五条第四項に規定する特例年金給付のうち障害を支給事由とするもの |
| (8) | 特定障害者に対する特別障害給付金の支給に関する法律に基づく特別障害給付金 |
| (9) | 労働者災害補償保険法に基づく障害補償給付及び障害給付 |
| (10) | 国家公務員災害補償法（他の法律において準用する場合を含む）に基づく障害補償 |
| (11) | 地方公務員災害補償法に基づく障害補償及び同法に基づく条例の規定に基づく補償で障害を支給事由とするもの |
| (12) | 特別児童扶養手当等の支給に関する法律に基づく特別児童扶養手当、障害児福祉手当及び特別障害者手当並びに昭和六十年法律第三十四号附則第九十七条第一項の規定による福祉手当 |

| | |
|-----|--|
| 委任状 | ※代理人が届出する場合に記入 |
| | 代理人 住所 _____ 氏名 _____ 私は、上記の者を代理人と定め、特定医療費（指定難病）受給者証にかかる変更事項の届出について、委任します。 委任者 住所 _____ 氏名 _____ |

| 変更届出書に添付が必要な書類の例示 | |
|-------------------|---|
| 変更内容 | 必要書類 |
| 住所 | ・不要 |
| 被保険者証 | ・被保険者証の写し（受給者及び受給者と同じ医療保険に加入している方） ・保険者情報照会同意書 |
| 支給認定基準世帯員 | ・受給者の前年の障害年金等が確認できる年金証書等（受給がある場合） ・生活保護受給証明書（生活保護に該当した場合、福祉事務所等で交付を受けてください） ・世帯員の指定難病または小児慢性特定疾病受給者証（該当がある場合） |
| 氏名 | ・戸籍抄本・運転免許証（変更履歴が確認できるもの）・被保険者証・住民票等 |
| 適用区分 | ・限度額適用認定証の写し |

以下は、自治体記入欄です。

| | | | |
|-------------|-------|----------|--|
| 自己負担額の変更の有無 | 有 ・ 無 | 按分者自己負担額 | |
| 生活保護適用日 | 年 月 日 | | |

| 自己負担額区分 | | | | | | | | | |
|---------|-----------|--|-----------|--|----------|--|-------|--|------|
| | 低所得Ⅰ | | 低所得Ⅱ | | 一般所得Ⅰ | | 一般所得Ⅱ | | 上位所得 |
| | 一般所得Ⅰ(高額) | | 一般所得Ⅱ(高額) | | 上位所得(高額) | | 生活保護 | | 按分者等 |