

特定医療費（指定難病）受給者証等記載事項変更届

受診者	フリガナ		年齢	生年月日			
	氏名			明・大・昭・平・令	年	月	日
	フリガナ		電話番号	-			
	住所	〒		-			
保護者 (受診者が18歳未満の場合に記入)	フリガナ		生年月日	受診者との関係			
	氏名		明・大・昭・平・令 年 月 日				
	フリガナ		電話番号	-			
	住所	〒		-			
受給者番号							
変更年月日		年 月 日					
変更のある事項に☑	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)(※1)						
	<input type="checkbox"/> 保護者に関する事項 (氏名・住所・電話番号)(※1)						
	<input type="checkbox"/> 被保険者証に関する事項(※1)	保険種別	国保(一般・退職・組合)・後期高齢・健保協会・健保組合・共済・生保・その他()		国保(一般・退職・組合)・後期高齢・健保協会・健保組合・共済・生保・その他()		
		保険者名					
		記号・番号					
		被保険者	受診者との続柄 ()		受診者との続柄 ()		
		支給認定基準世帯員 (受診者と同一保険に加入している者。受診者本人については記入不要)(※2)	①世帯員氏名	フリガナ 受診者との続柄 ()		フリガナ 受診者との続柄 ()	
			②世帯員氏名	フリガナ 受診者との続柄 ()		フリガナ 受診者との続柄 ()	
			③世帯員氏名	フリガナ 受診者との続柄 ()		フリガナ 受診者との続柄 ()	
④世帯員氏名	フリガナ 受診者との続柄 ()		フリガナ 受診者との続柄 ()				
⑤世帯員氏名	フリガナ 受診者との続柄 ()		フリガナ 受診者との続柄 ()				
⑥世帯員氏名	フリガナ 受診者との続柄 ()		フリガナ 受診者との続柄 ()				
<input type="checkbox"/> 医療保険の適用区分(※3)							
備考					窓口確認欄		
私は、特定医療費（指定難病）支給認定申請書及び特定医療費（指定難病）受給者証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。 届出者氏名 _____ 印 (自署する場合は、押印を省略することができます) _____ 年 月 日 福岡県知事 殿							

★以下の注意事項を参照の上、ご記入ください。また保護者や被保険者証に関する事項のうち支給認定基準世帯員に変更がある場合、別紙1「個人番号記載票」もご記入をお願いいたします。

(注意事項)

- ※1 氏名及び住所の変更の場合は住民票、加入医療保険の変更の場合は医療保険証の写しを添付すること。
- ※2 支給認定基準世帯員については裏面記載の表を参照。
- ※3 医療保険の適用区分の変更の場合は、限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証を添付すること。
- ※4 指定医療機関、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）及び指定難病の名称の変更については、様式第1号特定医療費（指定難病）支給認定申請書により申請すること。

(裏面)

支給認定基準世帯員については以下のとおり

受診者が加入している医療保険		支給認定基準世帯員	
国民健康保険（国保一般、退職国保）		受診者と住民票上同一世帯で国保に加入している方全員	
国民健康保険組合（国保組合）		受診者と同じ国保組合に加入している方全員	
後期高齢者医療制度（後期高齢）		受診者と住民票上同一世帯で後期高齢に加入している方全員	
被用者保険〔全国健康保険協会（健保協会）、健康保険組合（健保組合）、共済組合（共済）、船員保険など〕	受診者が被保険者本人	患者本人のみ	
	受診者以外が被保険者	被保険者の市町村民税が課税の場合 被保険者の市町村民税が非課税の場合	→被保険者のみ →被保険者及び受診者