

(表)

特定医療費支給認定変更申請書 兼 変更届出書

難病の患者に対する医療等に関する法律第10条第1項及び難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第13条第1項の規定により、次のとおり申請（届出）します。

受給者番号							
-------	--	--	--	--	--	--	--

特定医療費の支給を受けるにあたり必要があるときは、横浜市が患者の加入する健康保険者に情報を提供するとともに、報告を求めることに同意します。また、本申請による情報を難病患者支援に利用するため、お住まいの区の区役所福祉保健センターと情報共有することに同意します。

令和 年 月 日

(申請先) 横浜市長

患者本人の住所
(記載日時)

患者本人の氏名
患者が18歳未満の
場合は保護者氏名

日中連絡が取れる
電話番号

患者	フリガナ		生年月日	令和・平成 昭和・大正 明治	年 月 日
	受給者証の氏名			<input type="checkbox"/> ←申請者と同じ場合は、チェックを入れて記入を省略できます。	
未 保 護 者 (患 者 が 18 歳 未 満 の 場 合 の み 記 入)	受給者証の氏名		横浜市 区	<input type="checkbox"/> ←申請者と同じ場合は、チェックを入れて記入を省略できます。	
	受給者証の住所				

以下、**変更があった事項のみ**を記入してください。

氏名変更	フリガナ	
	新氏名	

住所変更・ 電話番号登録	新住所		<input type="checkbox"/> ←申請者と同じ場合は、チェックを入れて記入を省略できます。		
	電話番号	第1連絡先 ()	第2連絡先 ()	<input type="checkbox"/> ←住所変更に伴い、送付先の設定を解除する場合、チェックを入れてください。	

保護者に関する事項 又は送付先の申請	フリガナ		保護者の個人番号		
	氏名		個人番号(マイナンバー)は、別紙にご記入ください。		
	郵便番号		患者からみた続柄		
	住又送付先		電話番号		

←申請者と同じ場合は、チェックを入れて記入を省略できます。

ご加入の健康保険証の変更	保険の種類 該当する事項に☑チェックを入れてください。 該当する保険証の写しを添付書類として提出してください(マイナンバーカードの保険証利用の場合は、ポータルの画面の写し)。 CまたはDの場合、税証明も提出してください。	<input type="checkbox"/> A.国民健康保険(神奈川県国民健康保険など) <input type="checkbox"/> B.後期高齢者医療保険(神奈川県後期広域連合など) <input type="checkbox"/> C.国民健康保険組合(医師国保、建設国保など) ※同一保険加入者全員の(非)課税証明書の提出が必要 <input type="checkbox"/> D.被用者保険(協会けんぽ、健康保険組合、共済など) ※被保険者が非課税の場合、被保険者の課税(非課税)証明書の提出が必要	
	保険証の記号・番号 (後期高齢者医療の場合は番号のみ)	<input type="checkbox"/> 保険証の写しのとおり	
	被保険者の氏名 (国保、国保組合、後期高齢は「患者の氏名」)	<input type="checkbox"/> 保険証の写しのとおり	患者から みた続柄
	被保険者の住民税の課税自治体 今年及び昨年の1月1日に住民票があった自治体名を右に記載してください(被保険者が直近2年以上横浜市にお住まいであれば記載は不要です)	都・道・府・県 市・区・町・村(今年1月1日)	都・道・府・県 市・区・町・村(昨年1月1日)

(患者と同じ健康保険証に加入している方 (支給認定基準世帯員)に記載してください)	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 減少	フリガナ	個人番号(12ケタ) 個人番号(マイナンバー)は、別紙「特定医療費支給認にかか個人番号申告書」にご記入ください。
	氏名		
	フリガナ		
	氏名		
	フリガナ		
<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 減少	フリガナ		
氏名			
フリガナ			
氏名			
フリガナ			
氏名			

負担上限月額またはその他に関する事項	<input type="checkbox"/> 生活保護の受給を開始 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 生活保護の停止 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 生活保護の廃止 (年 月 日)		
	<input type="checkbox"/> 高額難病治療継続に該当(申請をした日の属する月を含む過去12か月(新規の支給認定を受けた日以降に限る)において、月ごとの医療費総額(10割分)が5万円を超える月が6か月以上あった。) ※受給者証の自己負担上限額管理票又は診療報酬明細書や領収書など、金額や保険点数が分かるもののコピーを添付してください。なお、負担上限月額が変更になるのは、原則として申請した日の翌月1日からです。				
	<input type="checkbox"/> 患者や支給認定基準世帯員の住民税額に変更があった。 ※課税(非課税)証明書を添付してください。				
	住民税額が変更になった方の氏名	氏名 氏名	生年月日 生年月日	令和・平成・昭和 大正・明治 令和・平成・昭和 大正・明治	年 月 日 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 患者と同じ健康保険証に加入している者に以下のいずれかに該当する者がいる。 ※該当する方の健康保険証の写し及び当該医療費助成の受給者証のコピーを添付してください。				

臨床調査個人票が必要な申請	<input type="checkbox"/> 受給者証に追加する疾病名 ()	特定医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日(※1) (臨床調査個人票の診断年月日)	左記の欄が申請日から1か月以上前の年月日となっている理由 ※☑チェックがない場合は該当無とします <input type="checkbox"/> 臨床調査個人票の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 症状の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> 大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他の理由 []
	<input type="checkbox"/> 受給者証から削除する疾病名 ※臨床調査個人票の添付は不要 ()		
	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器を使用することになった。		

臨床調査個人票を添付する御申請をされた方(疾病の追加、人工呼吸器の装着)は以下の項目について意思表示してください。

私は、別紙の説明を読み、指定難病の医療費助成の申請に当たり提出した臨床調査個人票の情報が、①厚生労働省のデータベースに登録されること、②研究機関等の第三者に提供され、指定難病に関する創薬の研究開発等に利用されることに同意します。

(申請先)厚生労働大臣

どちらかの口にチェックを入れてください→ はい いいえ

(申請者)患者本人の氏名、署名日を記入してください(患者が18歳未満の場合は保護者氏名) 氏名

令和 年 月 日

※1 特定医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日
 特定医療費の支給開始日は、指定医が重症度分類を満たしている日又は軽症高額の基準を満たした日の翌日(ただし遡り期間は原則申請日から1か月前(やむを得ない理由により申請が行えなかった場合は最長3か月前)の同じ日)まで遡ることが可能。そのため、申請日に関わらず、臨床調査個人票に記載された診断年月日等、特定医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日を記載。