

特定医療費（指定難病）支給認定変更届

（表面）

患者（受診者）	氏名		受給者番号																		
	居住地（住所）																				
	電話番号	-	-	個人番号																	
保護者（患者が18歳未満の場合記載）	氏名		患者との関係（続柄）																		
	居住地（住所）																				
	電話番号	-	-	個人番号																	
変更があった事項に○印を付け、変更後の内容を記載してください。	事項	○印	変更後の内容																		
	患者	フリガナ氏名		(旧氏名)																	
		居住地（住所）	〒	-																	
		電話番号	-	-	個人番号																
	保護者	フリガナ氏名		(旧氏名)																	
		居住地（住所）	〒	-																	
		電話番号	-	-	個人番号																
	加医療保険	保険種別番号		被保険者氏名																	
		保険者名		患者との続柄	□本人 □患者の( )																
					被保険者等記号・番号																
			支給認定基準世帯員（世帯内で患者と同じ医療保険に加入している方）に変更がある場合は、裏面を記載し提出してください。																		
その他（送付先の変更等）																					

私は、支給認定の申請内容に変更があったので、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、上記のとおり届け出ます。

岐阜県知事様 年 月 日

届出者 区分  患者  保護者  代理人

氏名 \_\_\_\_\_

受給者証送付先  患者居住地  保護者居住地  下記へ送付

〒 \_\_\_\_\_

- 備考 1 太線の枠内を消せないボールペンで記載してください。  
 2 □欄は、該当するものに「レ」を記載してください。  
 3 届出者が患者の代理人である場合は、本件の届出手続に係る患者からの委任状（任意様式）を添付してください。  
 4 必要な書類を添付して、居住地を管轄する保健所に提出してください。

保健所使用欄		保健所		保健医療課	
保健所名					
届出受理日					
送付先	患・保・代・他	委任状	有・無		
非課税・課税[	]	コード	→		
マイナンバー連携	有・無				

支給認定基準世帯員（世帯内で患者と同じ医療保険に加入している方）											
「市町村名」欄には、1月～6月に申請する場合は前年1月1日時点、7月～12月に申請する場合は本年1月1日時点の住民票の市町村名を記載してください。 ※個人番号の利用による提出書類の省略を希望しない場合は、以下の「個人番号」欄には記載しないでください。											
氏名			続柄	市町村名	氏名			続柄	市町村名		
フリガナ			本人		フリガナ						
氏名											
フリガナ					フリガナ						
氏名											
生年月日： 年 月 日					生年月日： 年 月 日						
個人番号											
フリガナ					フリガナ						
氏名											
生年月日： 年 月 日					生年月日： 年 月 日						
個人番号											
フリガナ					フリガナ						
氏名											
生年月日： 年 月 日					生年月日： 年 月 日						
個人番号											
フリガナ					フリガナ						
氏名											
生年月日： 年 月 日					生年月日： 年 月 日						
個人番号											
フリガナ					フリガナ						
氏名											
生年月日： 年 月 日					生年月日： 年 月 日						
個人番号											
フリガナ					フリガナ						
氏名											
生年月日： 年 月 日					生年月日： 年 月 日						
個人番号											