

特定医療費（指定難病）支給認定申請内容変更届

大阪府知事様 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、届出をします。

※受診者以外が申請する場合、下記に☑をし、2申請者欄も記入してください。

※ の項目に楷書で記入又は☑してください。

申請者欄に記載する者に本件申請を委任します。

1 受診者 <input type="checkbox"/> 送付先	フリガナ		受給者番号										
	氏名		電話番号										
	生年月日	年	月	日	居住する市町村								
※受診者本人が申請者の場合、申請者欄は記入不要です。（受診者が18歳未満で独立して生計を維持していない場合、保護者が申請者となります。）													

2 申請者 <input type="checkbox"/> 送付先	フリガナ		電話番号												
	氏名		郵便番号												
受診者との関係	住所														

3 届出事項

<input type="checkbox"/>	氏名	新	フリガナ		旧	フリガナ										
			姓	名	姓	名										
<input type="checkbox"/>	住所	新	郵便番号													
			住所													
		旧	郵便番号													
			住所													
<input type="checkbox"/>	医療保険	フリガナ											受診者との続柄		限度額適用認定証を添付する場合は☑	<input type="checkbox"/>
		被保険者氏名（世帯主・組合員）														
		<input type="checkbox"/> 被用者保険(協会けんぽ・健保組合・共済組合等)	被保険者証	記号 ※左詰め												
		<input type="checkbox"/> 業種別国民健康保険組合		番号												
		<input type="checkbox"/> 市町村国民健康保険		保険者名称												
		<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療広域連合		保険者番号												
<input type="checkbox"/> 生活保護等の受給者で医療保険の資格喪失	資格取得年月日	年		月	日											
適用区分	ア イ ウ エ オ VI V IV III II I												(ウラへ続く)			

<<事務処理使用欄>>

階層区分	適用区分	備考
年 月 日 ~ 年 月 日		R コ ケ - 按
年 月 日 ~ 年 月 日		R コ ケ - 按

住所変更により管轄が変わる場合は、保健所コード（裏面参照）を記載してください。

保健所（保健センター）担当者		※受付印不鮮明又は郵送による申請の場合、受付印の下に受付年月日を記入	交付履歴
保健センター受付印	コード	保健所受付印	コード
		大阪府受付印	有効期間
			年 月 日
			~ 年 月 日
			交付年月日
			年 月 日
			階層/自己負担額
			/
			適用区分
			R コ ケ - 按

3 届出事項

<input type="checkbox"/>	支給認定基準世帯員	支給認定基準世帯員（受診者と同じ医療保険に加入する者） ※受診者をのぞき、変更後の世帯員全員を記入してください。 ※階層区分の変更を希望する場合は、別途、変更申請が必要です。		
	世帯員氏名		世帯員氏名	
	世帯員氏名		世帯員氏名	
	世帯員氏名		世帯員氏名	

【添付書類】 ※その他必要に応じて提出を求められることがあります。

変更事項	添付書類				
氏名	戸籍謄本（抄本）、住民票（発行から6か月以内で生年月日が記載されたもの）又は運転免許証				
住所	住民票（発行から6か月以内で生年月日が記載されたもの）、運転免許証、マイナンバーカード等				
医療保険	保険種別	医療保険証	限度額適用認定証 （所持者のみ）	同一保険加入者の 課税証明書	同意書
	業種別国民健康保険組合	○	○	○	○
	大阪府外の市町村国民健康保険	○	○		○
	大阪府内の市町村国民健康保険	○	○		
	被用者保険（課税者）	○	○		
	被用者保険（非課税者）	○	○	○	※被保険者分のみ
	後期高齢者医療広域連合	○	○		
	生活保護階層の場合	・上記の添付書類に併せて、福祉事務所等が発行する「生活保護の受給、停止、廃止」を証明する書類（発行から1か月以内）を添付してください。 ・医療保険の資格喪失の届出を行う場合は、保険者が発行する医療保険資格喪失証明書を添付して下さい。			
※階層区分の変更を希望する場合は、別途、変更申請が必要です。 ※現在加入している医療保険の資格取得年月日が届出年月日の前年である場合、希望の有無に関わらず、別途階層区分判定のための書類が必要です。 ※あん分対象者がいる方は、対象者の指定難病受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証の写し、もしくは医療保険証の写しが必要です。					
支給認定基準世帯員	住民票（発行から6か月以内で生年月日が記載されたもの）及び医療保険証				

保健所コード

41	東大阪市西保健センター	51	池田保健所	61	寝屋川市保健所	70	富田林保健所
42	東大阪市東保健センター	54	豊中市保健所	62	守口保健所	73	和泉保健所
43	東大阪市中保健センター	55	吹田市保健所	64	四條畷保健所	76	岸和田保健所
44	東大阪市保健所	57	茨木保健所	66	八尾市保健所	78	泉佐野保健所
45	高槻市保健所	60	枚方市保健所	68	藤井寺保健所		