

特定医療費（指定難病）受給者証等記載事項変更届															
変更内容 変更のある事項に☑		<input type="checkbox"/> 住所		<input type="checkbox"/> 氏名		<input type="checkbox"/> 電話番号		<input type="checkbox"/> 保護者		<input type="checkbox"/> 加入医療保険		<input type="checkbox"/> 支給認定基準世帯員			
受診者	フリガナ							生年月日							
	氏名							年齢			歳 年 月 日				
	住所	〒 福岡市 区													
	受給者番号					電話番号		- -							
保護者 <small>（受診者が18歳未満の場合に記入）</small>	フリガナ							生年月日		受診者との続柄					
	氏名							年 月 日							
	住所	〒 <input type="checkbox"/> 住所、電話番号は受診者と同じため省略（該当する場合は☑）													
事項		変更前					変更後								
受診者	フリガナ						上記受診者欄のとおり								
	氏名														
	住所														
	電話番号	- -													
保護者	フリガナ						上記保護者欄のとおり								
	氏名														
	住所														
	電話番号	- -		受診者との続柄											
加入医療保険	変更年月日	年 月 日													
	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	(記号)					(記号)								
		(番号)					(番号) (枝番)								
	被保険者	受診者との続柄 ( )					受診者との続柄 ( )								
適用区分 <small>（該当項目に○）</small>	ア・イ・ウ・エ・オ・Ⅵ・Ⅴ・Ⅳ・Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ														
支給認定基準世帯員	裏面のとおり					裏面のとおり									
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 ※受診者の氏名 ※受診者が18歳未満の場合は保護者氏名 (受診者との続柄 ) (電話番号 - - ) 年 月 日 福岡市長 様										窓口確認欄					

※裏面も必ず記入してください。

**■支給認定基準世帯員（受診者と同じ医療保険に加入する方）**

**（裏面）**

- ・受診者が国民健康保険、後期高齢者医療、国民健康保険組合のいずれかに加入している場合は、住民票上の同一世帯で同じ医療保険の方全員を記入してください。
- ・上記以外の場合は、受診者と同じ医療保険に加入する被保険者のみを記入してください。

変更前		変更後	
受診者		続柄	フリガナ 氏名
		本人	生年月日 年 月 日
			個人番号
			旧住所 都・道・府・県 市・区・町・村 (※該当年の1月1日時点の住所が福岡市外の場合に記入)
フリガナ	続柄	フリガナ 氏名	続柄
① 氏名		生年月日 年 月 日	
		個人番号	
生年月日 年 月 日		旧住所 都・道・府・県 市・区・町・村 (※該当年の1月1日時点の住所が福岡市外の場合に記入)	
フリガナ	続柄	フリガナ 氏名	続柄
② 氏名		生年月日 年 月 日	
		個人番号	
生年月日 年 月 日		旧住所 都・道・府・県 市・区・町・村 (※該当年の1月1日時点の住所が福岡市外の場合に記入)	
フリガナ	続柄	フリガナ 氏名	続柄
③ 氏名		生年月日 年 月 日	
		個人番号	
生年月日 年 月 日		旧住所 都・道・府・県 市・区・町・村 (※該当年の1月1日時点の住所が福岡市外の場合に記入)	
フリガナ	続柄	フリガナ 氏名	続柄
④ 氏名		生年月日 年 月 日	
		個人番号	
生年月日 年 月 日		旧住所 都・道・府・県 市・区・町・村 (※該当年の1月1日時点の住所が福岡市外の場合に記入)	

**【留意事項】**

- ※ 該当年とは、申請月が1月から6月までの場合は前年の1月1日、申請月が7月から12月までの場合は今年の1月1日です。
- ※ 加入医療保険の変更や世帯員の変更に伴い、自己負担上限額（階層区分）が変更になる場合は、様式第8号特定医療費（指定難病）支給認定申請書（変更）により申請してください。（加入医療保険の変更や世帯員変更の届出のみであっても、自己負担上限額の変更が生じる場合は、職権で自己負担上限額を変更する場合があります。）

■郵送先		職員記入欄	
<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 現住所以外 <input type="checkbox"/> 既に指定している送付先から変更はない <input type="checkbox"/> 下記住所 ・認定の結果は原則として表面に記載された受診者の住所に郵送します。		<番号確認書面> <input type="checkbox"/> 個人番号カード（裏面） <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号が記載された住民票の写し <input type="checkbox"/> 住民票記載事項証明書	
住所	〒	<1点確認書面> <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 住基カード（写真付） <input type="checkbox"/> 運転免許証、運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 身障手帳、療育手帳、精神保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード、特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
フリガナ		<2点確認書面> <input type="checkbox"/> 住基カード（写真なし） <input type="checkbox"/> 公的医療保険・被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当証明書 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> 保護受給証明書 <input type="checkbox"/> 特定医療費（指定難病）受給者証 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
氏名		受診者との関係	
電話番号	— —		