

※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			続柄
		本人	生年月日				
			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）			
①	フリガナ	続柄	フリガナ	氏 名			続柄
	氏 名	生年月日	年 月 日				
	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）			
②	フリガナ	続柄	フリガナ	氏 名			続柄
	氏 名	生年月日	年 月 日				
	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）			
③	フリガナ	続柄	フリガナ	氏 名			続柄
	氏 名	生年月日	年 月 日				
	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）			
④	フリガナ	続柄	フリガナ	氏 名			続柄
	氏 名	生年月日	年 月 日				
	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			
☐ 現住所と同じ ☐ 現住所以外 ☐ 既に指定している送付先から変更はない ☐ 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〉 ☐ 個人番号カード（裏面） ☐ 通知カード ☐ 個人番号が記載された住民票の写し ☐ 住民票記載事項証明書 〈1点確認書面〉 ☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証、運転経歴証明書 ☐ 旅券 ☐ 身障手帳、療育手帳、精神保健福祉手帳 ☐ 在留カード、特別永住者証明書 ☐ その他（ ） 〈2点確認書面〉 ☐ 公的医療保険の資格確認書 ☐ 年金手帳 ☐ 児童扶養手当証明書 ☐ 特別児童扶養手当証書 ☐ 保護受給証明書 ☐ 特定医療費（指定難病）受給者証 ☐ その他（ ）			
住所	〒						
フリガナ							
氏名							
電話番号	—	—	受診者との関係				