

受付印

様式第5号 (R4.4改正)  
(表面)

| 特定医療費（指定難病）支給認定申請内容 変更届                        |   |  |   |
|--|---|--|---|
| 公費負担者番号  |   | 542860 <sup>18</sup> <sub>26</sub>   | 受給者番号   |
| 受診者  | フリガナ  |  | 生年月日  |
|  | 氏名  |  | 大正・昭和<br>平成・令和 年 月 日  |
|  | 住所  | 〒<br>電話 ( ) -  |   |
| 保護者  | フリガナ  |  | 受診者との関係   |
|  | 氏名  |  |   |
|  | 住所<br>(受診者と異なる場合に記入)                                    | 〒<br>電話 ( ) -  |   |
| 受診者・(保護者)に関する事項                                |   | 変更前  | 変更後   |
| 変更のある事項<br><input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 住所                             | 〒  | 〒   |
|  | <input type="checkbox"/> フリガナ                           |  |   |
|  | <input type="checkbox"/> 氏名                             |  |   |
|  | <input type="checkbox"/> 電話番号                           | - -  | - -   |
|  | <input type="checkbox"/> 個人番号<br>(マイナンバー)               | 変更前の個人番号は記載不要  | 変更後の個人番号は、別紙 特定医療費（指定難病）支給認定個人番号記載票に記載のこと                           |
|  | <input type="checkbox"/> 医療保険に関する事項                     | 裏面に記載してください。   |   |
|  | <input type="checkbox"/> 市町民税非課税で、本人（又は保護者）の年収80万円以下の場合 | 市町民税非課税世帯で、受給者本人（保護者）の収入（障害年金や特別児童扶養手当等を含む）が、年間80万円以下であることを申告します。<br>申請者氏名 |   |
|  | <input type="checkbox"/> 生活保護の開始                        | (生活保護受給なし)、医療保険の加入あり<br>保険種別：<br>被用者保険（社会保険）・国民健康保険<br>国保組合・後期高齢           | 生活保護の開始<br>・年月日：(和暦) 年 月 日から<br>・医療保険の加入： なし ・ あり<br>※ありの場合、必ず裏面に記載 |
|  | <input type="checkbox"/> 生活保護の停止解除<br>(医療扶助の再開等)        | 生活保護受給あり、医療保険の加入あり<br>保険種別：<br>被用者保険（社会保険）・国民健康保険<br>国保組合・後期高齢             | 生活保護受給あり、医療保険の加入なし<br>・年月日：(和暦) 年 月 日から                             |
|  | <input type="checkbox"/> 生活保護の停止等                       | 生活保護受給あり<br>・医療保険の加入あり ※今回、医療保険の変更なし ※今回、医療保険に加入                           | 生活保護受給あり、医療保険の加入あり<br>・年月日：(和暦) 年 月 日から<br>※医療保険の内容について、必ず裏面に記載     |
| <input type="checkbox"/> 生活保護の廃止               | 生活保護受給あり<br>・医療保険の加入あり ※今回、医療保険の変更あり・なしなし ※今回、医療保険に加入   | 生活保護受給なし、医療保険の資格取得<br>・年月日：(和暦) 年 月 日から<br>※医療保険の内容について、必ず裏面に記載            |   |
| 受給者証記載の住所と送付先が異なる場合は、右記に記載してください。              |   | 〒<br>あて名   | 様(続柄: )   |
| 私は、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、届け出ます。  |   |  |   |
| 届出者氏名<br>令和 年 月 日<br>兵庫 県 知 事 様                |   |  |   |

**【医療保険の変更】**以下の1～3の項目全てを記載してください。

※医療保険の内容の一部の変更であっても、全ての項目について、原則として空欄不可です。  
 ※記載漏れや書類不備がある場合、追加書類を提出いただく他、通常よりも受給者証の交付が遅れる可能性があります。  
 ※医療保険の変更を伴わず、階層区分の見直しを希望する場合、様式第4号(変更申請書)により申請してください。

**1 医療保険の内容について**

記号・番号のみの変更の場合も、変更前後の全ての事項を記載してください。

| 事項  |  | 変   | 更 | 前    | 変   | 更 | 後    |
|---|--|---|---|------|---|---|------|
| 変更のある事項に<br><input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 保険種別                | 被用者保険(社会保険)・国民健康保険<br>国民健康保険組合・後期高齢                           |   |      | 被用者保険(社会保険)・国民健康保険<br>国民健康保険組合・後期高齢                           |   |      |
|   | <input type="checkbox"/> 保険者名<br>(〇〇組合、〇〇市等) |   |   |      |   |   |      |
|   | <input type="checkbox"/> 被保険者証の<br>記号・番号     |   |   |      |   |   |      |
|   | <input type="checkbox"/> 被保険者氏名<br>(患者との続柄)  | (氏名)  |   | (続柄) | (氏名)  |   | (続柄) |
|   | <input type="checkbox"/> 適用区分                | ア・イ・ウ・エ・オ・Ⅵ・Ⅴ・Ⅳ・Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ   |   |      | ア・イ・ウ・エ・オ・Ⅵ・Ⅴ・Ⅳ・Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ   |   |      |
|   | <input type="checkbox"/> 階層区分                | 生保・低Ⅰ・低Ⅱ・一般Ⅰ・一般Ⅱ・上位・境界<br>層<br>(A) (B1) (B2) (C1) (C2) (D) 該当 |   |      | 生保・低Ⅰ・低Ⅱ・一般Ⅰ・一般Ⅱ・上位・境界<br>層<br>(A) (B1) (B2) (C1) (C2) (D) 該当 |   |      |

**2 階層区分について**

医療保険の変更に伴う、階層区分変更の有無について記載してください。また、申立書、課税証明書類等、必要書類を添付してください。

|  |  |   |
|--|--|---|
| いずれかに<br><input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 変更あり          | <input type="checkbox"/> 支給認定基準世帯員の課税証明書類の添付(必要な方全員分)   |
|  | <input type="checkbox"/> 変更なし          | <input type="checkbox"/> 支給認定基準世帯員の課税証明書類の添付(必要な方全員分)<br><input type="checkbox"/> 支給認定基準世帯員の変更がない   |
|  | <input type="checkbox"/> 階層区分の変更の可能性あり | <input type="checkbox"/> 支給認定基準世帯員のマイナンバーを提出(必要な方全員分)<br>※被用者保険(社会保険)に加入し、被保険者が非課税の場合、被保険者の課税証明書類の省略不可<br>また、国民健康保険組合の場合、支給認定基準世帯員(全員)の課税証明書類の省略不可<br>※その他、課税証明書類の追加提出が必要となる場合があります(情報連携エラー等) |

**3 支給認定基準世帯員について**

医療保険の変更前後の支給認定基準世帯員について、記載してください。

なお、今回、支給認定基準世帯員から外れる方がある場合は、氏名等を記載の上、斜線を引いてください。(記載例参照)

| 記載例              | フリガナ                       | 変更の有無               | 続柄 | 生年月日                 |                          | ア:現住所(郵便番号、県・市区町村名まで記載)  |
|------------------|----------------------------|---------------------|----|----------------------|--------------------------|--|
|                  | 氏名                         |                     |    | ※16歳未満かどうか           |                          | イ:H・R 年1月1日時点の住所地<br>ウ:住民登録外課税ありの場合の居住地                                    |
| 記載例              | ① 受診者<br>ヒョウゴ ハナコ<br>兵庫 花子 | /                   | 本人 | 昭和 ○年 ○月 ○日          | <input type="checkbox"/> | (ア現住所)〒***-**** 芦屋市△△町<br>(イH・R 元年1月) 同上<br>(ウ住民登録外課税地)〒***-**** ○○番△△市□□町 |
|                  | ② 氏名<br>ヒョウゴ タロウ<br>兵庫 太郎  |                     |    | 父                    | 昭和 ○年 ○月 ○日              | <input type="checkbox"/>   |
| 保険変更前後の支給認定基準世帯員 | ① 受診者                      | /                   | 本人 | 大正・昭和<br>平成・令和 年 月 日 | <input type="checkbox"/> | (ア現住所)〒<br>(イH・R 年1月)〒<br>(ウ住民登録外課税地)〒                                     |
|                  | カナ<br>② 氏名                 | ・変更なし<br>・追加<br>・削除 |    | 大正・昭和<br>平成・令和 年 月 日 | <input type="checkbox"/> | (ア現住所)〒<br>(イH・R 年1月)〒<br>(ウ住民登録外課税地)〒                                     |
|                  | カナ<br>③ 氏名                 | ・変更なし<br>・追加<br>・削除 |    | 大正・昭和<br>平成・令和 年 月 日 | <input type="checkbox"/> | (ア現住所)〒<br>(イH・R 年1月)〒<br>(ウ住民登録外課税地)〒                                     |
|                  | カナ<br>④ 氏名                 | ・変更なし<br>・追加<br>・削除 |    | 大正・昭和<br>平成・令和 年 月 日 | <input type="checkbox"/> | (ア現住所)〒<br>(イH・R 年1月)〒<br>(ウ住民登録外課税地)〒                                     |
|                  | カナ<br>⑤ 氏名                 | ・変更なし<br>・追加<br>・削除 |    | 大正・昭和<br>平成・令和 年 月 日 | <input type="checkbox"/> | (ア現住所)〒<br>(イH・R 年1月)〒<br>(ウ住民登録外課税地)〒                                     |

|    |  |  |            |    |  |       |          |
|----|--|--|------------|----|--|-------|----------|
| 按分 | 受給者と同じ医療保険(記号番号も同じ)に加入する世帯員(16歳未満含む)のうち、指定難病又は小児慢性特定疾病の受給者証の交付を受けている者の有無 |  |            |    | (有・無)<br><input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 削除 |       | 記載してください |
|    | 有の場合   | <input type="checkbox"/> 難病<br><input type="checkbox"/> 小児 | フリガナ<br>氏名 | 病名 | ※告示番号  | 受給者番号 |          |