

(表)

特定医療費支給認定変更申請書 兼 変更届出書

										受給者番号								
私は、この申請書に記載された内容が申請日時点の情報と相違ないことを確認し、横浜市へ特定医療費（指定難病）助成制度支給認定を申請します。また、私は特定医療費（指定難病）助成制度の申請に係る自己負担上限月額判定に必要な個人情報（患者本人および裏面に記載した支給認定基準世帯員についての市民税課税状況、生活保護受給情報、遺族年金障害年金受給情報等）について横浜市が確認することに同意します。本申請から変更が生じた場合には速やかに変更の届出を行います。特定医療費の支給を受けるにあたり必要があるときは、横浜市が患者の加入する健康保険者に情報を提供するとともに、報告を求めることに同意します。 令和 年 月 日 (申請先) 横浜市長 患者本人の住所 (記載日時点) 患者本人の氏名 (記載日時点) 保護者氏名 患者が未成年の 場合のみ記載 日中連絡が取れる 電 話 番 号																		
患 者	フリガナ							生 年 月 日	令和・平成 昭和・大正 明治 年 月 日									
	受給者証の氏名																	
	受給者証の住所	〒 — ☐ ←申請者と同じ場合は、チェックを入れて記入を省略できます。																
以下、 変更があった事項のみ を記入してください。																		
氏名変更	フリガナ																	
	新 氏 名																	
住所変更・ 電話番号登録	新 住 所	〒 — ☐ ←申請先と同じ場合は、チェックを入れて記入を省略できます。																
		☐ ←住所変更に伴い、送付先の設定を解除する場合、チェックを入れてください。																
	電 話 番 号	第1連絡先	()				第2連絡先	()										
送付先・保護者	登録種別	☐ 送付先 ☐ 保護者(患者が未成年の場合のみ)																
	フリガナ							住所	〒 —									
	氏名																	
	日中連絡が取れる電話番号								続柄									

裏面あり

(裏)

健康保険証の変更	健康保険種別	☐ 国民健康保険（神奈川県国民健康保険など）									
		☐ 後期高齢者医療保険（神奈川県後期広域連合など）									
		☐ 国民健康保険組合（医師国保、建設国保など）					※課税（非課税）証明書が必要な場合があります				
		☐ 被用者保険（協会けんぽ、健康保険組合、共済など）					※課税（非課税）証明書が必要な場合があります				
	保険証の記号・番号 （後期高齢者医療の場合は番号のみ）					☐ 保険証（または資格確認書）の写しのとおり					
	被保険者の氏名 （国保、国保組合、後期高齢は「患者の氏名」）					☐ 保険証（または資格確認書）の写しのとおり			患者から みた続柄		
高額療養費の適用区分			☐ 保険証（または資格確認書）の写しのとおり								
被保険者の 住民税課税自治体 （横浜市外課税者のみ記載）			都・道・府・県 市・区・町・村（今年1月1日） 都・道・府・県 市・区・町・村（昨年1月1日）								
支給認定基準世帯員の 変更 （患者と同じ健康保険に加入している方） 兼 個人情報確認の同意欄	☐ 追加 ☐ 減少	フリガナ		続柄		生年月日	令和・平成・昭和 大正・明治	年 月 日			
		氏名									
	☐ 追加 ☐ 減少	フリガナ		続柄		生年月日	令和・平成・昭和 大正・明治	年 月 日			
		氏名									
	☐ 追加 ☐ 減少	フリガナ		続柄		生年月日	令和・平成・昭和 大正・明治	年 月 日			
		氏名									
	支給認定基準世帯員のうち市外在住者（海外在住を含む）の氏名及び 在住している市区町村または国名を記載してください										

負担上限月額に関する事項	☐ 生活保護の受給を開始		☐ 生活保護の停止		☐ 生活保護の廃止	
	☐ 高額難病治療継続に該当					
	☐ 患者または支給認定基準世帯員の住民税額の変更 ※課税(非課税)証明書を添付してください。					
	氏 名		生年月日	令和・平成・昭和 大正・明治	年	月 日
	氏 名		生年月日	令和・平成・昭和 大正・明治	年	月 日
☐ 指定難病の医療費助成または小児慢性特定疾病の医療費助成対象者がいる						
難病・小児	氏 名		受 給 者 番 号			
難病・小児	氏 名		受 給 者 番 号			

疾病にか かる申	種別	☐ 疾病追加 ☐ 疾病削除 ☐ 人工呼吸器の使用開始		
	疾病名			
	特定医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日	臨床調査個人票の 診断年月日	年 月 日	
		1か月以上の有効期間遡りを希望する理由	☐ 臨床調査個人票の受領に時間を要したため	
			☐ 症状の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため	
			☐ 大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要したため	
☐ その他(_____)				

臨床調査個人票を添付する御申請をされた方（疾病の追加、人工呼吸器の使用開始）は以下の項目について意思表示してください。

私は、別紙の説明を読み、指定難病の医療費助成の申請に当たり提出した臨床調査個人票の情報が、①厚生労働省のデータベースに登録され、②研究機関等の第三者に提供され、指定難病に関する創薬の研究開発等に利用されることに同意します。

(申請先)厚生労働大臣

どちらかの□にチェックを入れてください→

☐ はい ☐ いいえ

(申請者) 患者本人の氏名、署名日を記入してください→
(患者が18歳未満の場合は保護者氏名)

氏名

年 月 日