

特定医療費（指定難病）支給認定変更届

患者（受診者）	氏名			受給者番号				
	居住地（住所）							
	電話番号	—	—	個人番号				
保護者（患者が18歳未満の場合記載）	氏名			患者との関係（続柄）				
	居住地（住所）							
	電話番号	—	—	個人番号				
変更があった事項に○印を付け、変更後の内容を記載して	事項	○印	変更後の内容					
	患者	フリガナ氏名		(旧氏名)				
		居住地（住所）	〒	—				
		電話番号		—	—			
	保護者	フリガナ氏名		(旧氏名)				
		居住地（住所）	〒	—				
		電話番号		—	—			
	加入医療保険	保険種別番号		被保険者氏名	患者との続柄 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 患者の()			
		保険者名		被保険者等記号・番号				
		支給認定基準世帯員（世帯内で患者と同じ医療保険に加入している方）に変更がある場合は、世帯調書（別記第4号様式の2）に記載し提出してください。						
その他（送付先の変更等）								
<p>私は、支給認定の申請内容に変更があったので、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、上記のとおり届け出ます。</p> <p>岐阜県知事様 年 月 日</p> <p>届出者 区分 <input type="checkbox"/>患者 <input type="checkbox"/>保護者 <input type="checkbox"/>代理人</p> <p>氏名 _____</p> <p>受給者証送付先 <input type="checkbox"/>患者居住地 <input type="checkbox"/>保護者居住地 <input type="checkbox"/>下記へ送付</p> <p>〒 —</p>								

- 備考 1 太線の枠内を消せないボールペンで記載してください。
 2 □欄は、該当するものに「レ」を記載してください。
 3 届出者が患者の代理人である場合は、本件の届出手続に係る患者からの委任状（任意様式）を添付してください。
 4 必要な書類を添付して、居住地を管轄する保健所に提出してください。

保健所使用欄		保健所		保健医療課	
保健所名					
届出受理日	年	月	日		
送付先	患・保・代・他	委任状	有・無		
非課税・課税	[]	コード	→		
マイナンバー連携	有・無				

(参考) 保険種別番号の一覧

保険種別		加入医療保険		保険種別		加入医療保険	
被 用 者 保 険	1 協会健保	全国健康保険協会	(50) (51)	国 民 健 康 保 険 等	5 国保一般	国民健康保険	(80)
	2 健康保険組合	健康保険組合	(60) (61)		6 国保退職	国民健康保険 退職者	(81) (82)
	3 共済組合	共済組合	(70) (71)		7 後期高齢	後期高齢者医療	(85)
	4 船員保険	船員保険	(20) (21)		8 国保組合	国民健康保険組合	(90) (91)

代理人（患者又は保護者以外の方）が届出を行う場合は、委任状の提出が必要です。※提出の代行のみの場合は不要

委任状			
岐阜県知事 様		年 月 日	
委任者 (患者又は保護者)	住所	_____	
	氏名	_____	
私は下記の者を代理人として、指定難病特定医療費の支給認定変更届に関する権限を委任します。			
記			
代理人	住所 〒	—	TEL — —
	氏名	_____ [委任者との関係 _____]	

※ 代理人の方は、委任状に記載した住所・氏名の確認できる身分証明書等をご持参ください。