

指定難病特定医療費受給者証等記載事項変更届

変更前	受給者番号		疾病名	
	フリガナ			
	患者氏名			

変更するものの番号に○をつけ、変更後の内容を以下の欄に記載してください。
(「1 患者」「2 申請者(保護者)」欄は、変更する部分だけ記載してください)
1 患者情報の変更
2 保護者情報の変更
3 支給認定基準世帯員(患者さんと同じ医療保険に加入する方)の変更
4 その他(内容:)

1. 百	フリガナ			
	氏 名			
	住 所	〒	連絡先 (TEL)	電話番号1 電話番号2
	加入 医療保険	被 保 険 者 氏 名		患者との続柄
		保 険 者 名		

2. 申 請 者 ※	※患者本人が申請者の場合は、記入不要です。患者が18歳未満の場合は、保護者が申請者となります。			
	フリガナ			患者との 続柄
	氏 名			
	住 所 (患者と異なる 場合に記入)	〒	連絡先 (TEL)	電話番号1 電話番号2

3.	支給認定基準世帯員	※世帯状況調書(別紙様式2)に記入ください
----	-----------	-----------------------

私は、特定医療費支給認定申請書及び特定医療費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。

年 月 日
申請者氏名

茨城県知事 殿

<委任状欄>※患者以外の方(保護者を除く)が申請される場合に記入してください

私は、次の者を代理人として、指定難病特定医療費支給認定手続き及び受給に関する権限を委任します。

年 月 日
代理人氏名 患者氏名

茨城県知事 殿

必要書類は裏面をご覧ください

様式第7号(裏面)

変更事項	必要書類
加入している医療保険が変わった(支給認定基準世帯員の増減がない場合)	☐ 指定難病特定医療費受給者証等記載事項変更届(様式第7号) ☐ 「指定難病特定医療費受給者証」のコピー ☐ 医療保険の資格情報が確認できる資料(支給認定基準世帯員全員分) ☐ 110円分の切手を貼った返信用封筒(長3形 23.5×12cm) ※上記の他、市町村民税(非)課税証明書が必要となることがあります。
加入している医療保険が変わった(支給認定基準世帯員の増減がある場合) ※自己負担上限額が変更になる場合があります。	☐ 指定難病特定医療費受給者証等記載事項変更届(様式第7号) ☐ 「指定難病特定医療費受給者証」のコピー ☐ 医療保険の資格情報が確認できる資料(支給認定基準世帯員全員分) ☐ 世帯状況調書(別紙様式2) 世帯員追加の場合は、追加世帯員のマイナンバー確認資料 (郵送申請の場合:コピーのみ送付ください ご来所の場合:原本確認させていただきます) ☐ 110円分の切手を貼った返信用封筒(長3形 23.5×12cm) ※上記の他、市町村民税(非)課税証明書が必要となることがあります。
患者さん又は保護者の住所・氏名・連絡先・個人番号の変更 ※世帯の変更もある場合は「支給認定基準世帯員の変更」も必要です。	☐ 指定難病特定医療費受給者証等記載事項変更届(様式第7号) ☐ 「指定難病特定医療費受給者証」のコピー ☐ 患者さん又は保護者の変更後の住所・氏名が分かるもののコピー(住民票や運転免許証など) ☐ 世帯状況調書(別紙様式2) ※個人番号の変更の場合
支給認定基準世帯員(患者さんと同じ医療保険に加入する方)の変更	☐ 指定難病特定医療費受給者証等記載事項変更届(様式第7号) ☐ 「指定難病特定医療費受給者証」のコピー ☐ 医療保険の資格情報が確認できる資料 ☐ 世帯状況調書(別紙様式2) ※追加・削除となった世帯員に指定難病・小児慢性の受給者が含まれる場合は、別途変更申請の手続きが必要です ☐ 110円分の切手を貼った返信用封筒(長3形 23.5×12cm) ※上記の他、市町村民税(非)課税証明書が必要となることがあります。

※上記のほか、世帯状況調書(別紙様式2)に必要な方の個人番号を記入いただいていない場合などに「住民票の写し」「市町村民税(非)課税証明書」のご提出をお願いすることがあります。