

特定疾患等医療給付申請書等記載事項変更届

年 月 日

(宛先)埼玉県知事

申請者

住 所	〒
氏 名	
電 話 番 号	()
受給者との続柄	

申請者：患者本人又は保護者（患者が18歳未満の場合）の記名

下記のとおり、変更しましたので届け出ます。

記

区 分	特定疾患・先天性血液凝固因子欠乏症等	受 給 者 番 号	
フリガナ		生 年 月 日	
受給者氏名			

<氏名の変更>

(フリガナ)	
旧 氏 名	

(フリガナ)	
新 氏 名	

<住所の変更>

旧	〒
住	
所	

新	〒
住	
所	TEL ()

<健康保険の変更>

(フリガナ)	
被 保 険 者 氏 名	
保 険 者 名 称	

変 更 年 月 日	
受給者との続柄	
記 号 ・ 番 号 (後期高齢者医療 広域連合の場合は 被 保 険 者 番 号)	

<備考>

--

※裏面もご確認ください

添付書類

1. 受給者証
2. 氏名、住所変更のときは、変更事項が分かる公的書類の写し(運転免許証<両面>の写し等)
3. 健康保険の変更は
 - ①対象者の医療保険の資格情報が確認できる資料 (次のア～ウのいずれか)
 - ア 資格確認書の写し
 - イ 「資格情報のお知らせ」の写し
 - ウ マイナポータル上の資格情報画面をプリントアウトしたもの
 - ※被用者保険(共済、組合、協会)の場合、被保険者本人、家族の別が確認できないため不可
 - ※マイナポータルの資格情報画面を申請時に窓口で見せることで上記ア～ウの代わりにできる
 - ※ 健康保険証やマイナンバーカードそのものを健康保険が確認できる書類とすることはできません

以下②、③、④は特定疾患医療給付受給者でかつ対象者のみ

- ② 共済組合による、高額療養費の審査に必要な情報の取得に関する同意書
※患者が共済組合(私学共済以外)に加入しており、かつ、被保険者の市町村民税が非課税の場合のみ
- ③「限度額適用認定証」又は「限度額適用・標準負担額減額認定証のコピー」
※患者が被用者保険に加入しており、かつ、被保険者の市町村民税が非課税の場合で、当該認定証をお持ちの場合のみ
- ④患者及び被保険者の個人番号記載票及び患者の本人確認書類
※患者が被用者保険(共済、組合、協会)に加入しており、被保険者の市町村民税が非課税の場合で、かつ現在まで個人番号記載票が未提出の場合は、その方の分のみ

ご提供いただいた患者(患者が被扶養者の場合は被保険者も併せて)の個人番号(マイナンバー)は、適切な安全管理のもと、以下の利用目的に限定して、保険者に送付する連絡票の作成に際し、個人番号(マイナンバー)を付記することがあります。

利用目的

健康保健法施行規則(大正十五年内務省令第三十六号)第九十八条の二の特定疾病給付対象療養に係る保険者の認定(限度額適用・標準負担額又は限度額適用認定)に関する事務(保険者から個人番号(マイナンバー)の提供を求められた場合に限る)

⑤は血友病A、B及び血液凝固因子製剤に起因するHIV感染症患者の方のみ

⑤ 加入保険者が発行した特定疾病療養受領証の写し(必須)