

変更届出に必要な書類

○必ず必要な書類

- ・様式第8号の2（県単独指定難病の医療給付に係る変更届出書）
- ・県単独指定難病医療受給者証

○変更事項ごとに必要な書類

患者・保護者・送付先に関する事項

- 変更事項がわかる**運転免許証**や**住民票等のコピー**
※連絡先（電話番号）及び送付先の変更は書類不要です。

健康保険に関する事項

- 患者本人の加入している**健康保険が確認できる書類のコピー等**（別紙参照）

支給認定基準世帯員に関する事項

- 患者本人と世帯員全員の記載がある住民票のコピー
- 患者が加入する健康保険の種類に応じた次の書類

保険の種類	添付書類
国民健康保険 （市町村）	①患者本人 及び ②患者と同じ健康保険に加入している方全員（※1）の ・加入している健康保険が確認できる書類のコピー等（別紙参照） ・市町村・県民税課税（非課税）証明書（※2） （※1）患者が18歳未満で保護者（申請者）が後期高齢者医療広域連合に加入している場合は、保護者（申請者）の書類も提出してください。 （※2）義務教育修了前の児童で証明書記載の扶養人数に記載されている方の証明書は省略可能です。
後期高齢者医療広域連合	<上記①②の全員が市町村民税非課税の場合> ⇒申請者（患者本人又は保護者）の ・市町村・県民税課税（非課税）証明書（①②と重複する場合は不要） ・遺族年金、障害年金等の振込通知書等のコピー ・収入状況申告書
国民健康保険組合 土建国保、建設国保など	・患者本人の加入している健康保険が確認できる書類のコピー等（別紙参照） ・申請者（患者本人又は保護者）及び被保険者の市町村・県民税課税（非課税）証明書（同一人の場合は一部で可）
上記以外の健康保険 全国健康保険協会、健康保険組合、共済組合など	<被保険者の市町村民税が非課税の場合> ⇒申請者（患者本人又は保護者）の ・市町村・県民税課税（非課税）証明書（被保険者と同一人の場合は不要） ・遺族年金、障害年金等の振込通知書等のコピー ・収入状況申告書

<注意事項> 証明書類は**変更届出を行う時期によって必要年度、必要年が異なります。**

証明書類の種類	変更届出を行う時期
市町村民税・県民税課税（非課税）証明書	4月1日から6月30日…前 <u>年度分</u> に係る証明書類
	7月1日から3月31日…届出を行う <u>年度分</u> に係る証明書類
遺族年金、障害年金等の振込通知書等のコピー	1月1日から6月30日…前々 <u>年分</u> に係る証明書類
	7月1日から12月31日…前 <u>年分</u> に係る証明書類

その他の 変更事項	【人工呼吸器等装着車に該当することになった場合】
	変更届出書（裏面）6 その他の変更事項に記載のうえ、（県単独指定難病用）人工呼吸器等装着車に係る証明書（医師が記載したもの）を提出してください
	< 県単独指定難病に起因して人工呼吸器を装着している場合の要件 >
	次の①～④の項目全てに該当すること。 ① 人工呼吸器装着の有無 ... 「1. あり」に該当 ② 施行状況 ... 「3. 一日中施行」に該当 ③ 離脱の見込み ... 「2. なし」に該当 ④ 生活状況 ... いずれも「部分介助」又は「全介助」に該当
	< 県単独指定難病に起因して体外式人工補助心臓を装着している場合の要件 >
	体外式補助人工心臓（ベ-スメ-カ-ではありません。）の装着の有無 ... 「1. あり」に該当すること。
	【高額難病治療継続者（高額かつ長期）に該当することになった場合】
	変更届出書（裏面）6 その他の変更事項に記載のうえ、 ・ 月ごとの県単独指定難病に係る医療費総額が5万円を超える月が6回以上あることを証明する書類（領収書のコピー、自己負担上限月額管理票 等） ※ 提出していただいた書類に加え、更に提出書類を求めることがあります

* 加入している健康保険が確認できる書類のコピー等

- 保険者名、記号番号、患者名、資格取得年月日、被保険者名（被用者保険の場合のみ）が確認できる次のいずれかをご提出ください。

1. 「資格確認書」の写し

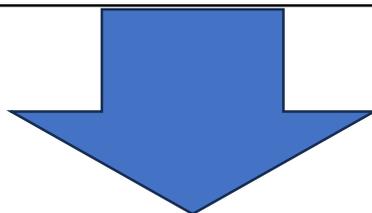
2. 「資格情報のお知らせ」の写し（被用者保険の場合、被保険者本人・家族の別が確認できないため不可）

3. 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

※ 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1～3の代わりにできます。

※ 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

変更届け出書の記載例は次ページをご覧ください



記載例

(宛先)

県単独指定難病の医療給付に係る変更届出書

変更届出書には変更があった事項のみ記入してください。

埼

【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】

埼玉県特定疾患等医療給付事業実施要綱第16の規定により、申請内容に係る事項を次のとおり変更したいので届出ます。

氏名	埼玉 花子				患者との続柄	本人	
受給者番号	9	8	7	6	5	4	3

1 患者に関する事項

変更事由 (該当するもののみ記入)	変更する内容	変更年月日
氏名		年 月 日
居住地	〒330-9301 さいたま市浦和区高砂 3-15-1	令和〇年〇月〇日
日中連絡がつく電話番号	080-1100-XXXX ※携帯電話番号など日中連絡がつく番号を記入	

2 保護者に関する事項

変更事由 (該当するもののみ記入)	変更する内容		変更年月日
氏名・続柄		続柄	年 月 日
居住地			年 月 日
日中連絡がつく電話番号			

3 患者が加入する健康保険に関する事項（保険者名称、記号・番号等に関すること。）

変更年月日	令和〇年〇月〇日		
フリガナ	サイタマ ハナコ		変更後の患者との続柄 本人
変更後の被保険者氏名	埼玉 花子		
保険者名称	変更前	●●健康保険組合	変更後の記号・番号 (後期高齢者医療広域連合の場合は被保険者番号) ■■ 12345
	変更後	さいたま市 (国民健康保険)	

(裏面)

4 支給認定基準世帯員に関する事項

加入する健康保険を変更した場合及び支給認定基準世帯員に変更が生じた場合に記入してください。

なお、支給認定基準世帯員欄には患者と同じ健康保険に加入する者全員を記入してください。

患者氏名		埼玉 花子		保護者氏名 (保護者が申請する場合)		※患者本人が受給者の場合は記入不要	
支給認定基準世帯員	患者と同じ健康保険に加入する方の氏名	生年月日	患者との続柄	患者と同じ健康保険に	生年月日	患者との続柄	
	埼玉 太郎	昭和 35 年 11 月 14 日	父				
	埼玉 綾子	昭和 40 年 6 月 30 日	母				
	埼玉 四郎	平成 2 年 9 月 9 日	兄				

➤ 申請者が保護者の場合は健康保険の別に関係なく「保護者氏名欄」に記入してください。
➤ 「支給認定基準世帯員欄」は、患者と同じ健康保険に加入する方を全員記入してください。
➤ 枠内に記載する方に対して課税される市町村民税(所得割)額をもとに自己負担上限月額の算定を行います。

5 送付先に関する事項

変更事由 (該当するもののみ記入)	変更する内容		変更年月日
氏名・続柄		続柄	年 月 日
居住地	〒330-0061 さいたま市浦和区常盤6-4-4		令和〇年〇月〇日
日中連絡がつく電話番号	080-1100-XXXX ※携帯電話番号など日中連絡がつく番号を記入		

6 その他の変更事項

変更年月日	
変更事項	
変更理由	

【注意事項】

次の場合は自己負担上限月額が変更になる可能性がありますので御注意ください。

患者が加入する健康保険	自己負担上限月額が変更になる可能性がある場合
国民健康保険(市町村) 後期高齢者医療広域連合 国民健康保険組合(土建国保、建設国保など)	支給認定申請をした時点と比べて 市町村民税が課税されている支給認定基準世帯員に 変更がある場合
上記以外の健康保険 全国健康保険協会、健康保険組合、共済組合など	支給認定申請をした時点と比べて 被保険者に変更がある場合

また、「患者が加入する健康保険」を変更した場合、「支給認定基準世帯員」の構成が変更になることがあります。表を参考に御確認ください。

なお、自己負担上限月額に変更が生じた場合は、原則として届出をいただいた月の翌月初日(変更手続を行った日が月の初日である場合はその日)から適用されます。