

情報連携する 情報連携しない

変更前				変更後			
国()人	後()人	社(本・家)	生	国()人	後()人	社(本・家)	生

更新申請		
・有(進達日 年 月 日)	・無	・同時 ※非課税証明書等の原本は変更届に添付してください。

第3号様式(第4条関係)

(局提出用)

特定医療費支給認定内容変更届

該当する事項のみチェックの上記載してください。

変更後の内容を記載してください。	患者	<input type="checkbox"/>	フリガナ				性別			
			氏名 ※1	姓					名	
		氏名変更日	年 月 日							
		<input type="checkbox"/>	郵便番号			-			電話番号 ※	()
			住所 ※1	区 町		丁目		番 号		
			(マンション名等)							
	住所変更日	年 月 日								
	<input type="checkbox"/>	加入医療保険等 ※2	種 類	生活保護・協会・船員・日雇・組合・共済・国保(退職被保険者)・後期高齢				本人・家族		
			保険者名称	記 号		番 号		枝 番		
		後期高齢者医療被保険者証又は高齢受給者証を所持している場合の負担割合				1割・2割・3割				
	資格取得日	年 月 日								
保護者(患者が18歳未満の場合)	<input type="checkbox"/>	フリガナ				性別				
		氏名 ※1	姓					名		
	郵便番号			-			電話番号 ※	()		
	<input type="checkbox"/>	住所 ※1	都 府		丁目		番 号			
		道 県		(マンション名等)						
	患者との続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他()								
患者と同じ医療保険に加入している者 ※3	氏名				患者との続柄					
	氏名				患者との続柄					
	氏名				患者との続柄					
	氏名				患者との続柄					
	氏名				患者との続柄					

難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第13条の規定により、記載のとおり届け出ます。

東京都知事 殿

届出日(和暦) R 年 月 日

患者本人	フリガナ				性別	
	氏 名					
	住 所					
	電話番号 ※			生年月日(和暦)	T・S・H・R	年 月 日
公費負担番号						
受給者番号						

留意事項

- ※1 【患者又は保護者の氏名又は住所の変更の場合】
変更内容を証明する書類(住民票の写し、戸籍謄本等)を添付してください。
 - ※2 【加入している医療保険の変更の場合】
次の書類を添付してください。
① 変更後の被保険者証、組合員証又は加入者証のコピー
② [被用者保険に変更した場合]
・被保険者の区市町村民税課税年額を証明する書類(被保険者が区市町村民税非課税である場合は、患者本人(患者が18歳未満の場合はその保護者)の区市町村民税課税年額を証明する書類も必要です。)
[国民健康保険・国民健康保険組合に変更した場合]
・被保険者証の記号・番号が同じ者全員の区市町村民税課税年額を証明する書類
・住民票の写し
・保険者からの情報提供にかかる同意書
[後期高齢者医療制度に変更した場合]
・住民票上の世帯の被保険者全員分の区市町村民税課税年額を証明する書類
・住民票の写し
 - ※3 【患者と同じ医療保険に加入している者の変更の場合(世帯の増減)】
加入している者の構成に変更があった場合は、次の書類を添付してください。
① 記載した方全員の被保険者証、組合員証又は加入者証のコピー
② [被用者保険の場合]
・被保険者の区市町村民税課税年額を証明する書類(被保険者が区市町村民税非課税である場合は、患者本人(患者が18歳未満の場合はその保護者)の区市町村民税課税年額を証明する書類も必要です。)
③ [国民健康保険・国民健康保険組合の場合]
・被保険者証の記号・番号が同じ者全員の区市町村民税課税年額を証明する書類
・住民票の写し
④ [後期高齢者医療制度に変更した場合]
・住民票上の世帯の被保険者全員分の区市町村民税課税年額を証明する書類
・住民票の写し
- 注) ※2及び※3の場合において、区市町村民税課税年額を証明する書類の提出が必要な方全員が、区市町村民税非課税であり、かつ、患者本人(患者が18歳未満の場合はその保護者)の公的年金の収入額が80万円以下の場合、またマイナンバーの情報連携により、区市町村民税課税年額を証明する書類を省略する場合は当該証明書類に加えて、患者本人(患者が18歳未満の場合はその保護者)に関する公的年金等の収入等に係る申出書及び障害年金等の収入の有無を確認する書類の提出が必要になります。

↓ 患者が18歳未満の場合のみ記載してください。

保護者	氏 名			
	住 所			
	電話番号 ※			
	患者との続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他()		

※電話番号欄については、日中に繋がる連絡先を御記入ください。

収受印押印欄