

変更届出に必要な書類

○必ず必要な書類
<ul style="list-style-type: none"> ・ 様式第7号（支給認定の申請に係る事項の変更届出書） ・ 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	<ul style="list-style-type: none"> ● 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）の変更は書類不要です。
----------------------	--

健康保険に関する事項	<ul style="list-style-type: none"> ● 患者本人の健康保険証のコピー ● 同意書（所定の様式に2枚とも記名・押印してください。） ● 患者本人が次の（ア）～（ウ）を所持している場合はそのコピー <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <ul style="list-style-type: none"> （ア）一部負担金の割合が「3割」と表示された高齢受給者証 （イ）健康保険限度額適用認定証 （ウ）健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証 </div> ● 患者が加入する健康保険の種類（A～C）に応じた次の書類
------------	---

保険の種類	添付書類
A 国民健康保険（市町村） 後期高齢者医療広域連合	上記以外必要な書類はありません。
B 国民健康保険組合（土建国保、建設国保など）	<p>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の市町村・県民税課税（非課税）証明書</p> <p>※ 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。</p> <p><下記のア～ウすべてに該当する場合に提出する書類> ⇒上記①②のうち公的年金受給者の公的年金等源泉徴収票</p> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ア 患者の年齢が70歳以上 イ 上記①②の全員が市町村民税非課税 ウ 上記①②の中に公的年金受給者がいる </div>
C A、B以外の健康保険（全国健康保険協会、共済組合など）の場合	<p><被保険者の市町村民税・県民税が非課税の場合に提出する書類> ⇒被保険者の市町村・県民税非課税証明書</p> <p><下記のア～ウすべてに該当する場合に提出する書類> ⇒被扶養者全員の市町村・県民税非課税証明書 ⇒被保険者、被扶養者のうち公的年金受給者の公的年金等源泉徴収票</p> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ア 患者が70歳以上75歳未満 イ 被保険者及び被扶養者全員が市町村民税非課税 ウ 被保険者及び被扶養者の中に公的年金受給者がいる </div>

【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	届出する時期
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 年度分 に係る証明書類
	7月1日から3月31日…届出を行う 年度分 に係る証明書類
公的年金等源泉徴収票	1月1日から6月30日…前々 年分 に係る証明書類
	7月1日から12月31日…前 年分 に係る証明書類

支給認定基準世帯員に関する事項	<ul style="list-style-type: none"> ● 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（A～C）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） 後期高齢者医療広域連合	<p>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</p> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・ 健康保険証のコピー ・ 市町村・県民税課税（非課税）証明書（※2） </div> <p>※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。</p> <p><上記①②の全員が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(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</p>
国民健康保険組合 土建国保、建設国保など	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者本人の健康保険証のコピー ・ 被保険者の市町村・県民税課税（非課税）証明書 <p><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</p>
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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者本人の健康保険証のコピー ・ 被保険者の市町村・県民税課税（非課税）証明書 <p><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</p>

【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 年度分 に係る証明書類
	7月1日から3月31日…届出を行う 年度分 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 年分 に係る証明書類
	7月1日から12月31日…前 年分 に係る証明書類

【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ご注意ください。

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から適用**されます。

※ 生活保護の受給開始は**変更申請**（別の様式を使用）が必要です。受給終了は健康保険変更等の届出が必要です。

（表面）

【記入例】支給認定の申請に係る事項の変更届出書

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。

（宛先）

埼玉県知事

【申請者：患者本人又は保護者（患者が18歳未満の場合）が自署又は記名押印】

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

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、支給認定の申請に係る事項を次のとおり変更したいので届け出ます。

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	〒330-0061 さいたま市浦和区常盤6-4-4	平成〇年1月15日
電話番号	048-830-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		
電話番号		

3 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	〒330-9301 さいたま市浦和区高砂3-15-1	平成〇年1月15日
電話番号	048-830-XXXX ※携帯電話番号など日中連絡がつく番号を記入	

（裏面）

4 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	平成〇年1月15日		
変更事項1	フリガナ 被保険者氏名	サイタマ ハナコ 埼玉 花子	患者との続柄 本人
変更事項2	保険者名称	さいたま市（国民健康保険）	記号・番号 ■■ 12345

5 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		
患者と同じ健康保険に加入する方の氏名	生年月日 (元号に〇をつけて記入)	患者との続柄	患者と同じ健康保険に加入する方の氏名	生年月日 (元号に〇をつけて記入)	患者との続柄		
埼玉 太郎	明治 大正 昭和 平成 35年4月15日	父					
埼玉 彩子	明治 大正 昭和 平成 40年6月30日	母					
埼玉 一郎	明治 大正 昭和 平成 2年9月9日	兄					
	明治 大正 昭和 平成 年 月 日						

➢ 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。

【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ご注意ください。

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から適用されます。

※ 生活保護の受給開始は変更申請（別の様式を使用）が必要です。受給終了は健康保険変更等の届出が必要です。