|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 別紙様式第５号 |  |  | 　　　　　保健所　保健所コード　　　　　 |
| 特定医療費（指定難病）受給者証等変更届 |
| 申請区分(☑する） | □特定医療費（指定難病）受給者証　　□特定疾患医療受給者証　　□登録者証 |
| 　　要支援者　受給者／ | フリガナ |  | 生年月日 | 受給者番号（登録者証の場合は記載不要） |
| 氏　　名 |  | 　　年　　 月　　 日（　　　歳） |
| 個人番号（12桁） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 届出者 | 北海道知事　様私は、上記のとおり、特定医療費（指定難病）受給者証等に記載された事項変更について、届け出ます。　　　年　　　月　　　日　　　　申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　（署名）※続柄が保護者の場合のみ、個人番号の記載をお願いします。 |
| 個人番号（12桁） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 続柄 | □本人□保護者（受診者又は受給者が18歳未満）□代理人（裏面委任状の記載が必要です） |
| 変更のある事項 |  | 変更前 | 変更後 |
| □氏名 |  |  |
| □住所 | 〒（電話　　　　－　　　　－　　　） | 〒（電話　　　　－　　　　－　　　） |
| □保険区分 | 保険種別 | □国保　□生保　□被用者（本人・家族）□国保組合（本人・家族）　□後期高齢※生保併用の場合は複数チェック | □国保　□生保　□被用者（本人・家族）□国保組合（本人・家族）　□後期高齢※生保併用の場合は複数チェック |
| 保険者名 | □　　　　　　　　　　　　　市町村□全国健康保険協会北海道支部□北海道後期高齢者医療広域連合□　　　　　　　　　　　　　　　　 | □　　　　　　　　　　　　　市町村□全国健康保険協会北海道支部□北海道後期高齢者医療広域連合□　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 記号番号 | （記号） | （番号） | （記号） | （番号） |
| □世帯員 |  | 世帯調書に記載し添付 |
| 保健所等記入欄 | 収受印 | 【届出の添付資料】（１）氏名変更の場合□戸籍抄本、住民票、運転免許証（コピー）、マイナンバーカード（コピー）のいずれか（変更の内容が記載されているもの）（２）住所変更の場合　ア　市町村の異動を伴う場合　　□住民票又はマイナンバーカード（コピー）（変更の内容が記載されているもの）　イ　同市町村内の異動　　□住所の変更の内容が分かるもの（郵便物又は運転免許証のコピー等）（３）医療保険変更の場合□変更後の医療保険の資格情報が確認できる資料のコピー　□同意書（様式２）　□所得区分の認定に必要な書類（４）世帯員変更の場合（世帯員の住所変更など）□変更後の世帯調書 |
|  |
| ※該当する□にチェックしてください。 | 整理番号 |
| ※受給者及び個人番号（すでに個人番号の提出がある場合は、記載は不要です。）、届出者の記入は必須です。 |
| ※登録者証の場合は氏名変更のみ届け出ができます。 |

|  |
| --- |
| 代理人（患者又は保護者以外の方）が申請を行う場合は、委任状の提出が必要です。　※提出のみの代行の場合は不要です。※代理人の方は、委任状に記載した住所・氏名を確認できる身分証明書等のコピーを添付してください。 |
| 委任状　北海道知事　様年　　　月　　　日　　　　　委任者（患者又は保護者）氏名　　　　　　　　　　　　　　　（署名）　私は、次の者を代理人として、特定医療費（指定難病）支給認定申請に関する権限を委任します。代理人　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　（署名）　　　　委任者との関係　　　　　　　　　　　　〒（　　　－　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　　　－　　　　　－　　　　　）　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |