

表面（裏面へ続く）

特定医療費(指定難病)変更届

長崎県知事 殿

特定医療費（指定難病）医療受給者証に記載された事項の変更について、下記のとおり届け出ます。

の項目に記入及び該当するものに☑してください。

- マイナンバー連携（一部書類の提出省略）を希望する
- マイナンバー連携（一部書類の提出省略）を希望しない
（変更内容にマイナンバー連携の必要がない場合を含む）

- ※受給者以外が届け出る場合、下記に☑をし、届出者欄も記入してください。
- 届出者欄に記載する者に本件届出を委任します。

受付印

- ※ マイナンバー連携を希望する方で、任意代理人に委任する場合は、裏面の「委任状」欄に記入してください。
- ※ マイナンバー連携により一部書類の省略が可能ですが、情報連携の結果、書類の提出が必要となる場合がありますので、ご了承ください。
- ※ これまでの難病申請でマイナンバーの登録がない方で、マイナンバー連携を希望する場合は受給者本人のマイナンバーカード両面コピーの提出が必要です。ご不明な場合は提出をお願いします。
- ※ DV(ドメスティックバイオレンス)や虐待等の被害者の場合は、マイナンバーの利用には特別の措置が必要となるため、提出書類は紙でご提出ください。どうしてもマイナンバーの利用を希望される場合は届出窓口へご相談ください。
- ※ 加入医療保険等の変更に伴い階層区分(自己負担上限額)の変更もある場合は、別途変更申請が必要になります。

届出日	年 月 日
-----	-------

受給者 <small>※氏名、住所、電話番号は変更前を記入してください。</small>	フリガナ		受給者番号							
	氏名		電話番号							
	マイナンバー		生年月日	大正 昭和	年	月	日			
	住所	〒	市	郡						

↓受給者本人が届出者の場合は記入不要です。（受給者が未成年の場合は、保護者を記入して下さい。）

届出者 <input type="checkbox"/> 送付先 <small>※送付先を変更する場合は☑</small>	フリガナ		受給者との関係	
	氏名		電話番号	
	住所	〒	市	郡

変更事項 ※該当事項に☑し、変更後の内容を記入してください。

<input type="checkbox"/>	フリガナ								
	氏名								
	住所	〒							
	電話番号								
<input type="checkbox"/>	加入医療保険	保険種別	<input type="checkbox"/> 国民健康保険（市町村国保）	記号・番号 <small>(被保険者番号)</small>					
			<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度	被保険者証 発行機関名					
			<input type="checkbox"/> 被用者保険 <small>(全国健康保険協会・健保組合・共済等)</small>	保険者番号					
			<input type="checkbox"/> 業種別国民健康保険組合 <small>(医師・歯科医師・薬剤師・建設等)</small>	資格取得 年月日	令和	年	月	日	
	↓【被用者保険】【業種別国民健康保険組合】に該当する場合で、受給者本人が被保険者（組合員）の場合は記入不要です。 （受給者本人が「被扶養者」「家族」の場合は、被保険者（組合員）は別の方になりますので記入が必要です。）								
被保険者	フリガナ				生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	氏名								
	マイナンバー								
	住所 <small>※受給者と住所が異なる場合記入</small>								

裏面

<届出に必要な提出書類>

変更事項	提出書類	備考	
氏名	住民票（原本） ※発行から6か月以内のもの	マイナンバー連携で省略可※1	
住所	住民票（原本） ※発行から6か月以内のもの	マイナンバー連携で省略可※1	
電話番号	なし（※提出する書類はありません。）		
加入医療保険	市町村 国民健康保険	保険証情報が確認できる書類（以下3つのうちいずれか1つ） ・資格確認書のコピー【本人】 ・資格情報のお知らせのコピー【本人】 ・マイナポータルの画面（保険証情報）を印刷したもの【本人】	マイナンバー連携で省略可 ※1※2
	後期高齢者医療制度	保険証情報が確認できる書類（以下3つのうちいずれか1つ） ・資格確認書のコピー【本人】 ・資格情報のお知らせのコピー【本人】 ・マイナポータルの画面（保険証情報）を印刷したもの【本人】	マイナンバー連携で省略可 ※1※2
	被用者保険 （全国健康 保険協会・ 健保組合・ 共済等）	①保険証情報が確認できる書類（以下3つのうちいずれか1つ） ・資格確認書のコピー【本人・被保険者】 ・資格情報のお知らせのコピー【本人・被保険者】 ・マイナポータルの画面（保険証情報）を印刷したもの【本人・被保険者】 ②同意書	①は マイナンバー連携で省略可 ※1※2
	上記共済組合 以外	保険証情報が確認できる書類（以下3つのうちいずれか1つ） ・資格確認書のコピー【本人・被保険者】 ・資格情報のお知らせのコピー【本人・被保険者】 ・マイナポータルの画面（保険証情報）を印刷したもの【本人・被保険者】	マイナンバー連携で省略可 ※1※2
	業種別 国民健康保険組合 （医師・歯科医師・ 薬剤師・建設等）	保険証情報が確認できる書類（以下3つのうちいずれか1つ） ・資格確認書のコピー【本人・被保険者】 ・資格情報のお知らせのコピー【本人・被保険者】 ・マイナポータルの画面（保険証情報）を印刷したもの【本人・被保険者】	マイナンバー連携で省略可 ※1※2

※1 表面【マイナンバー連携を希望する】を選択した場合、これまでに難病申請でマイナンバーの登録がある方は表面にマイナンバーを記載することで一部提出書類の省略ができます。ただし、これまでの難病申請で、マイナンバーの登録がない方は、受給者本人のマイナンバーカード両面コピーの提出が必要です。登録状況が不明の方も提出をお願いいたします。

※2 保険証情報は情報連携の結果、書類の提出が必要となる場合がありますのでご了承ください。

◎マイナンバー情報連携による書類省略をする方で、任意代理人が届出する場合

委任状 受給者本人や保護者が届出する場合は不要	※任意代理人が届出する場合は、記入してください。 （提出の代行のみや、法定代理人が戸籍謄本などその資格を証明書類を提示する場合は不要）	
	長崎県知事 様	
	委任者（受給者）	氏名 _____ 印 _____ (自署または記名押印)
	私は、この届出に係る個人番号（マイナンバー）の利用、提供等の取扱を次の者に委任します。	
	受任者（代理人）	住所 _____ <input type="checkbox"/> 届出者欄のとおり 電話番号 _____ <input type="checkbox"/> 届出者欄のとおり 氏名 _____ 印（委任者との続柄） _____ (自署または記名押印)