

特定疾患等医療給付申請書等記載事項変更届

年 月 日

(宛先)埼玉県知事

申請者

住 所	〒
氏 名	
電 話 番 号	( )
受給者との続柄	

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

下記のとおり、変更しましたので届け出ます。

記

区 分	特定疾患・先天性血液凝固因子欠乏症等	受給者番号	.....
フリガナ		生年月日	
受給者氏名			

<氏名の変更>

(フリガナ)	
旧 氏 名	

(フリガナ)	
新 氏 名	

<住所の変更>

旧	〒
住	
所	

新	〒
住	
所	TEL ( )

<健康保険の変更>

(フリガナ)	
被保険者氏名	
保険者名称	

変更年月日	
受給者との続柄	
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)	

<備考>

--

※裏面もご確認ください

## 添付書類

1. 受給者証
2. 氏名、住所変更のときは、変更事項が分かる公的書類の写し(運転免許証<両面>の写し等)
3. 健康保険の変更は

①対象者の医療保険の資格情報が確認できる資料 (次のア～ウのいずれか)

ア 資格確認書の写し

イ 「資格情報のお知らせ」の写し

※被用者保険(共済、健康保険組合、協会けんぽ)の場合、被保険者本人、家族の別が  
確認できないため不可

ウ 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ア～ウの代わりに  
できる

**②、③、④は特定疾患医療給付受給者でかつ対象者のみ**

② 共済組合による、高額療養費の審査に必要な情報の取得に関する同意書

※患者が共済組合(私学共済以外)に加入しており、かつ、被保険者の市町村民税が  
非課税の場合

③ 「限度額適用認定証」又は「限度額適用・標準負担額減額認定証のコピー」

※患者が被用者保険に加入しており、かつ、被保険者の市町村民税が非課税の場合で、当  
該認定証をお持ちの場合

④ 個人番号記載票及び本人確認書類(患者及び被保険者分)

※患者が被用者保険に加入しており、かつ、被保険者の市町村民税が非課税の場合

### 利用目的

※加入する保険者が行う、健康保険法施行規則第98条の2の特定疾病医療給付対象療養  
に係る保険者の認定に関する事務において、個人番号の提供を保険者から  
求められた場合に限り、保険者に送付する連絡票に個人番号を記載する場合があるため。

**⑤は血友病A、B及び血液凝固因子製剤に起因するHIV感染症患者の方のみ**

⑤ 加入保険者が発行した特定疾病療養受領証の写し(必須)