|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受給者 | | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | | | | |
| 氏　　名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 年　　　月　　　日  （　　　歳） | | | | | | | |
| 個人番号  （12桁） | |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  | |  | 受給者番号 | | |  |  | |  |  |  |  |  |
| 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  　　　　□変更後の保険証のコピー　□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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 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 |