

変更届出に必要な書類

○必ず必要な書類
<ul style="list-style-type: none"> ● 県単独指定難病の医療給付に係る変更届出書 ● 県単独指定難病に係る医療受給者証

○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 <table style="margin-left: 20px; border: none;"> <tr> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">（ア）</td> <td style="padding: 0 5px;">一部負担金の割合が「3割」と表示された高齢受給者証</td> </tr> <tr> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">（イ）</td> <td style="padding: 0 5px;">健康保険限度額適用認定証</td> </tr> <tr> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">（ウ）</td> <td style="padding: 0 5px;">健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証</td> </tr> </table> ● 患者が加入する健康保険の種類（A～C）に応じた次の書類 	（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
（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						

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）	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 ※ 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。 <下記のA～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 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
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	<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 <下記のA～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 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

【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日まで…前年度分の証明書 7月1日から3月31日まで…届出を行う年度分の証明書
公的年金等源泉徴収票	1月1日から6月30日まで…前々年分のもの 7月1日から12月31日まで…前年分のもの

支給認定基準世帯員に関する事項

- 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 国民健康保険組合 土建国保、建設国保など	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 健康保険証のコピー 市町村・県民税課税（非課税）証明書（※2） ※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。 <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
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 ● 申請者（患者本人又は保護者）及び被保険者の市町村・県民税課税（非課税）証明書（同一人の場合は一部で可） <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

【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日まで…前年度分の証明書 7月1日から3月31日まで…届出を行う年度分の証明書
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日まで…前々年分のもの 7月1日から12月31日まで…前年分のもの

その他の変更事項

【人工呼吸器等装着者に該当することになった場合】
 変更届出書（裏面）6その他の変更事項に記載のうえ、
 （県単独指定難病用）人工呼吸器等装着者に係る**証明書（医師が記載したもの）**を提出してください。

<県単独指定難病に起因して人工呼吸器を装着している場合の要件>
次の①～④の項目全てに該当すること。 ① 人工呼吸器装着の有無 …「1. あり」に該当 ② 施行状況…「3. 一日中施行」に該当 ③ 離脱の見込み…「2. なし」に該当 ④ 生活状況…いずれも「部分介助」又は「全介助」に該当
<県単独指定難病に起因して体外式補助人工心臓を装着している場合の要件>
体外式補助人工心臓（ P-Li-C ではありません。）の装着の有無…「1. あり」に該当すること。

【高額難病治療継続者（高額かつ長期）に該当することになった場合】
 変更届出書（裏面）6その他の変更事項に記載のうえ、

- 月ごとの県単独指定難病に係る医療費総額が5万円を超える月が6回以上あることを証明する書類（領収書のコピー、自己負担上限月額管理票等）

※ 提出していただいた書類に加え、更に提出書類を求められることがあります。

(表面)

【記入例】県単独指定難病の医療給付に係る変更届出書

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）が記名】

埼玉県特定疾患等医療給付事業実施要綱第16の規定により、申請内容に係る事項を次のとおり変更したいので届出ます。

Table with columns: 氏名 (埼玉 花子), 患者との続柄 (本人), 受給者番号 (9 8 7 6 5 4 3)

1 患者に関する事項

Table with columns: 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. Includes fields for name, address, and phone number.

2 保護者に関する事項

Table with columns: 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. Includes fields for name, address, and phone number.

3 送付先に関する事項

Table with columns: 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. Includes fields for name, address, and phone number.

(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。）

Table with columns: 変更年月日 (令和0年1月15日), 変更事項1 (フリガナ, 被保険者氏名), 変更事項2 (保険者名称), 患者との続柄, 記号・番号.

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。

Table with columns: 患者氏名, 保護者氏名, 患者との続柄, 生年月日. Includes a detailed note about recording family members and insurance details.

【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。

Table with columns: 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. Lists insurance types and their impact on payment limits.

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、届出をいただいた月の翌月初日から適用されます。