

特定医療費支給認定変更届出書 記入の手引き

婚姻・転居や保険証の変更などにより、受給者証の記載内容に変更がある場合、変更内容を届け出る必要があります。

変更届出書には、「必ず記入してください」の項目と、変更があった事項を記入し、添付書類とともに県がん・疾病対策課 難病対策グループへ郵送でご提出ください。

変更内容により、必要な添付書類が異なりますので、この手引きをご覧ください、手続きをしていただきますようお願いします。

第2号様式

特定医療費支給認定変更届出書

年 月 日

神奈川県知事殿

届出者 居住地
氏 名

難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第13条第1項の規定により、次のとおり届け出ます。

<目次>

- [1 氏名が変わった場合（2～3ページ）](#)
 - [2 居住地が県内で変わった場合（政令市への転出を除く）（4～5ページ）](#)
 - [3 健康保険証が変わった場合（6～10ページ）](#)
 - [4 他の都道府県や県内の政令市へ転出された場合（11～12ページ）](#)
 - [5 書類の送付先を変更したい場合（13～14ページ）](#)
 - [6 支給認定基準世帯員の増減があった場合（15～22ページ）](#)
- [※注 市町村民税の課税状況の確認書類について（23ページ）](#)

1 氏名が変わった場合

特定医療費支給認定変更届出書

令和8年 10月 1日

神奈川県知事殿

申請者 居住地 △△市□□町4丁目5番6号

氏名 神奈川県 太郎
○必要書類は、裏面をご覧ください。

難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第13条第1項の規定により、次のとおり届けます。

患者について	受給者番号	1	2	3	4	5	6	7	新規・転入申請中の方は番号記載不要											
	(ふりがな) 氏名	かながわ たろう 神奈川 太郎																		
	居住地	〒123-4567 〇〇市××町1丁目2番3号																		
	日中連絡がとれる電話番号	090-××××-△△△△																		
(6月～10月のみ記載) 更新手続きは行いましたか? (いずれかに○を付けてください。)					既に行った ・ まだしていない ・ この届出と同時に															
支給認定基準世帯員	事由	氏名	患者との続柄	生年月日	マイナンバー						1月1日時点の市町村									
			患者本人	年 月 日
	増・減			年 月 日
	増・減			年 月 日
	増・減			年 月 日

保健所等使用欄
患者No. 確認 済・未

変更事項 (変更があった事項のみ記入してください。)										
患者情報の変更	(ふりがな) 氏名	よこはま たろう 横浜 太郎								
	居住地	〒								
	日中連絡がとれる電話番号									
	医療保険	保険者名称				被保険者氏名				
健康保険証の記号・番号					被保険者と患者との続柄					
変更 保護者や送付先の	(ふりがな) 氏名				患者との続柄					
	居住地	〒								
	日中連絡がとれる電話番号									

✂ キリトリ

〒231-8588

神奈川県 がん・疾病対策課
難病対策グループ 行



保健所等受理印 県受理印

【記入方法】

1. 「必ず記入してください。」欄の受給者番号、氏名、居住地、日中連絡がとれる連絡先を記入する。
患者が 18 歳未満の場合は、「保護者」欄の氏名、患者との続柄、居住地、日中連絡がとれる連絡先も記入する。
〔注意〕「必ず記入してください」欄の氏名は、受給者証に記載されている氏名を記入してください。
2. 「変更事項」の「氏名」欄に、新しい氏名を記入する。

【添付書類】

変更事項	必要書類
氏名	マイナンバーカード(表面)、住民票の写し、運転免許証(両面)のいずれか 1 点のコピー

【ご確認ください】

氏名が変わった際に、健康保険証も変わっていませんか？

健康保険証も変わっている場合は、6 ページ「[3 健康保険証が変わった場合](#)」も併せてご確認ください。

2 居住地が県内で変わった場合(政令市への転出を除く)

特定医療費支給認定変更届出書

令和8年 10月 1日

神奈川県知事殿

申請者 居住地 △△市□□町4丁目5番6号

氏名 神奈川 太郎

難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第13条第1項の規定により、次のとおり届け出ます。

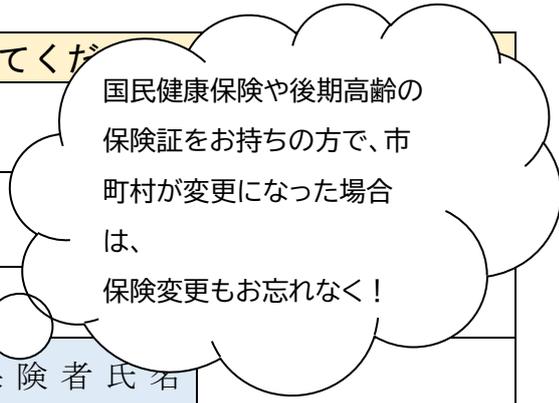
患者について	受給者番号	1	2	3	4	5	6	7	新規・転入申請中の方は番号記載不要
	(ふりがな) 氏名	かながわ たろう 神奈川 太郎							
	居住地	〒123-4567 〇〇市××町1丁目2番3号							
	日中連絡がとれる電話番号	090-××××-△△△△							

保健所等使用欄

患者No. 確認 済・未

(6月～10月のみ記載) 更新手続きは行いましたか? (いずれかに○を付けてください。)		既に行った ・ まだしていない ・ この届出と同時に												
支給認定基準世帯員	事由	氏名	患者との続柄	生年月日	マイナンバー							1月1日時点の市町村		
			患者本人	年 月 日	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	増・減			年 月 日	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	増・減			年 月 日	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	増・減			年 月 日	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.

変更事項 (変更があった事項のみ記入してください)										
患者情報の変更	(ふりがな) 氏名									
	居住地	〒234-5678 △△市□□町4丁目5番6号								
	日中連絡がとれる電話番号									
	医療保険	保険者名称	被保険者氏名							
	健康保険証の記号・番号	被保険者と患者との続柄								
変更 保護者や送付先の	(ふりがな) 氏名							患者との続柄		
	居住地	〒								
	日中連絡がとれる電話番号									



✂ キリトリ

〒231-8588

神奈川県 がん・疾病対策課

難病対策グループ 行

保健所等受理印	県受理印

【記入方法】

1. 「必ず記入してください。」欄の受給者番号、氏名、居住地、日中連絡がとれる連絡先を記入する。

患者が 18 歳未満の場合は、「保護者」欄の氏名、患者との続柄、居住地、日中連絡がとれる連絡先も記入する。

〔注意〕「必ず記入してください」欄の居住地は、受給者証に記載されている居住地を記入してください。

2. 「変更事項」の「居住地」欄に、新しい居住地を記入する。

【添付書類】

変更事項	必要書類
居住地	マイナンバーカード(表面)、住民票の写し、運転免許証(両面)のいずれか 1 点のコピー

【ご確認下さい】

「お住いの自治体の国民健康保険」や「後期高齢者医療広域連合」にご加入の方で、自治体を越えて転居された場合は、一般には健康保険も変わります(住所地特例を除く)。

住所が変わった際に、健康保険証も変わっていませんか？

今一度、ご確認の上、健康保険証も変わっている場合は、6 ページ「[3 健康保険証が変わった場合](#)」も併せてご確認下さい。

3 健康保険証が変わった場合

保険証が変わった場合には、次のいずれかの方法で変更を届出てください。

加入していた健康保険が変わる場合、自己負担限度額を再算定することになります。

届出書にマイナンバーを記載して 申請する場合	共通	届出書にマイナンバーを記載しないで 申請する場合
<ul style="list-style-type: none"> ① 特定医療費支給認定変更届出書 ② 患者本人のマイナンバー確認書類と本人確認書類のコピー (保健所等の窓口へ提出する場合は、提示が必要です) 	共通	<ul style="list-style-type: none"> ① 特定医療費支給認定変更届出書 ③ 患者と支給認定基準世帯員の健康保険証のコピー ④ 支給認定基準世帯員の市町村民税の課税状況の確認書類

※患者に代わって代理の方が申請する場合は、その方の本人確認書類の提示が必要です。

市町村民税の課税状況の確認書類の、必要な年度及び取得できる市区町村は次のとおりです。

申請月	令和8年												令和9年					
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月
必要書類	令和7年度の証明書類						令和8年度の証明書類											
市区町村	令和7年1月1日時点で住民票のあった市区町村						令和8年1月1日時点で住民票のあった市区町村											

3-1 健康保険証が変わった場合(届出書にマイナンバーを記載して届出する場合)

特定医療費支給認定変更届出書

令和8年 10月 1日

神奈川県知事殿

申請者 居住地 △△市□□町4丁目5番6号

氏名 神奈川 太郎

難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第13条第1項の規定により、次のとおり届け出ます。

患者について	受給者番号	1	2	3	4	5	6	7	新規・転入申請中の方は番号記載不要								
	(ふりがな) 氏名	かながわ たろう 神奈川 太郎															
	居住地	〒123-4567 〇〇市××町1丁目2番3号															
	日中連絡がとれる電話番号	090-××××-△△△△															
(6月～10月のみ記載) 更新手続きは行いましたか? (いずれかに○を付けてください。)					既に行った ・ まだしていない ・ この届出と同時												
支給認定基準世帯員	事由	氏名	患者との続柄	生年月日	マイナンバー								1月1日 時点の 市町村				
		神奈川 太郎	患者本人	昭和22年4月1日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	〇〇市
	増減	神奈川 花子	妻	昭和19年1月1日	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	〇〇市
	増減																
増減																	
増減																	
患者情報の変更	(氏名)																
	居住地																
	日中連絡がとれる電話番号																
	医療保険	保険者名称	神奈川県後期高齢者医療 広域連合			被保険者氏名	神奈川 太郎										
	健康保険証の 記号・番号	1 2 3 4 5 6 7 8			被保険者と患者との 続柄	本人											
変更 保護者や送付先の	(ふりがな) 氏名						患者との 続柄										
	居住地	〒															
	日中連絡がとれる電話番号																

国民健康保険や後期高齢の保険証に変わった方で、同じ保険にご加入の方がいらっしゃる場合は、こちらにもご記入ください。また、ご家族の扶養に入っている場合は被保険者であるご家族様の記載が必要です。

マイナンバーは大きくハッキリとご記入ください。

✂ キリトリ

〒231-8588

神奈川県 がん・疾病対策課
難病対策グループ 行

保健所等受理印 県受理印

【記入方法】

1. 「必ず記入してください。」欄の受給者番号、氏名、居住地、日中連絡がとれる連絡先を記入する。
患者が 18 歳未満の場合は、「保護者」欄の氏名、患者との続柄、居住地、日中連絡がとれる連絡先も記入する。
2. 「変更事項」の「医療保険」欄に、新しい健康保険証の内容を記入する。
3. 「支給認定基準世帯員」欄に、必要な方の氏名、生年月日、マイナンバー、1月1日時点の市町村を記入する。
※患者が家族の扶養に入っている場合は、被保険者である家族のマイナンバーの記載も必要です。

【添付書類】

必要となる書類は次のとおりです。

新しい健康保険証の種類や、同じ健康保険に加入されている方によって、必要となる方の書類が異なりますので、必ず該当する項目をご確認ください。

	マイナンバーを記載して申請する場合
①記号番号のみ 変わった場合	・ <u>患者本人</u> のマイナンバー確認書類のコピー
②国民健康保険・ 国民健康保険組合・ 後期高齢者医療広域連合に変わった 場合	・ <u>患者本人</u> のマイナンバー確認書類のコピー ・ 患者と、患者と同じ健康保険に加入している方全員分のマイナンバーの記入
③社会保険に 変わった場合	・ <u>患者本人</u> のマイナンバー確認書類のコピー

【ご確認下さい】

ご記載いただいたマイナンバーで照会した結果、税額や保険情報を確認することができなかった場合は、非課税証明書等や保険情報を確認できる書類のコピーなどの追加提出をお願いする場合があります。

【ご確認下さい】

記号・番号のみ変わった場合でも、支給認定基準世帯員に変更がある場合は、②③の保険変更になります。

3-2 健康保険証が変わった場合(届出書にマイナンバーを記載しないで届出する場合)

特定医療費支給認定変更届出書

令和8年 10月 1日

神奈川県知事殿

申請者 居住地 △△市□□町4丁目5番6号

氏名 神奈川 太郎

難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第13条第1項の規定により、次のとおり届け出ます。

患者について	受給者番号	1	2	3	4	5	6	7	新規・転入申請中の方は番号記載不要
	(ふりがな)氏名	かながわ たろう 神奈川 太郎							
	居住地	〒123-4567 〇〇市××町1丁目2番3号							
	日中連絡がとれる電話番号	090-××××-△△△△							

保健所等使用欄

患者No. 確認 済・未

(6月～10月のみ記載) 更新手続きは行いましたか? (いずれかに○を付けてください。) 既に行った ・ まだしていない ・ この届出と同時に

支給認定基準世帯員	事由	氏名	患者との続柄	生年月日	マイナンバー										1月1日時点の市町村		
					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
		神奈川 太郎	患者本人	昭和22年4月1日	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
増・減		神奈川 花子	妻	昭和19年1月1日	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
増・減				年 月 日	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
増・減				

国民健康保険や後期高齢の保険証に変わった方で、同じ保険にご加入の方がいらっしゃる場合は、こちらにもご記入ください。また、ご家族の扶養に入っている場合は被保険者であるご家族様の記載が必要です。

変更事項									
患者情報の変更	(ふりがな)氏名								
	居住地	〒							
	日中連絡がとれる電話番号								
	医療保険	保険者名称	神奈川県後期高齢者医療 広域連合			被保険者氏名	神奈川 太郎		
	健康保険証の記号・番号	1 2 3 4 5 6 7 8			被保険者と患者との続柄	本人			
変更 保護者や送付先の	(ふりがな)氏名				患者との続柄				
	居住地	〒							
	日中連絡がとれる電話番号								

✂ キリトリ

〒231-8588

神奈川県 がん・疾病対策課
難病対策グループ 行

保健所等受理印 県受理印

【記入方法】

1. 「必ず記入してください。」欄の受給者番号、氏名、居住地、日中連絡がとれる連絡先を記入する。

患者が 18 歳未満の場合は、「保護者」欄の氏名、患者との続柄、居住地、日中連絡がとれる連絡先も記入する。

2. 「変更事項」の「医療保険」欄に、新しい健康保険証の内容を記入する。

【添付書類】

必要となる書類は次のとおりです。

新しい健康保険証の種類や、同じ健康保険に加入されている方によって、必要となる方の書類が異なりますので、必ず該当する項目をご確認ください。

	マイナンバーを記載しないで申請する場合
①記号番号のみ 変わった場合	・ <u>患者の健康保険証等のコピー</u>
②国民健康保険・ 国民健康保険組合・ 後期高齢者医療広域連合に変わった 場合	・ <u>健康保険証等のコピーと、市町村民税の課税状況の確認書類※</u> (患者分と、患者と同じ健康保険に加入している方全員分)
③社会保険に 変わった場合	・ <u>健康保険証等のコピー</u> (患者と被保険者分が必要。 ただし、患者が被保険者の場合は、患者分のみ) ・ <u>市町村民税の課税状況の確認書類※</u> (被保険者分が必要。 ただし、被保険者が非課税の場合は、 患者と被保険者の市町村民税非課税証明書が必要)

 「健康保険証等」は、次のいずれかをご用意ください。

- ・ 健康保険証のコピー
- ・ 保険者から交付された「資格情報のお知らせ」または「資格確認書」のコピー
- ・ マイナポータルからダウンロードした「資格情報画面」を印刷したもの

 【ご確認下さい】

記号・番号のみ変わった場合でも、支給認定基準世帯員に変更がある場合は、②③の保険変更になります。市町村民税の課税状況の確認書類が必要になりますので、ご注意ください。

4 他の都道府県や県内の政令市へ転出された場合

特定医療費支給認定変更届出書

令和8年 10月 1日

神奈川県知事殿

申請者 居住地 **△△市□□町4丁目5番6号**

氏 名 **神奈川 太郎**

難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第13条第1項の規定により、次のとおり届け出ます。

患者について	受給者番号	1	2	3	4	5	6	7	新規・転入申請中の方は番号記載不要
	(ふりがな) 氏 名	かながわ たろう 神奈川 太郎							
	居 住 地	〒123-4567 〇〇市××町1丁目2番3号							
	日中連絡がとれる電話番号	090-××××-△△△△							

保健所等使用欄

患者No. 確認 済・未

(6月～10月のみ記載) 更新手続きは行いましたか?
(いずれかに○を付けてください。)

既に行った ・ まだしていない ・ この届出と同時に

支給認定基準世帯員	事由	氏 名	患者との続柄	生年月日	マイナンバー										1月1日時点の市町村			
					年	月	日	.	.	.	.	.	.	.		.	.	.
			患者本人	年 月 日	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
増・減				年 月 日	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
増・減				年 月 日	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
増・減				年 月 日	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.

変更事項 (変更があった事項のみ記入してください。)

患者情報の変更	(ふりがな) 氏 名										
	居 住 地	〒234-5678 東京都△△区□□町4丁目5番6号									
	日中連絡がとれる電話番号										
	医療保険	保険者名称	被保険者氏名				被保険者と患者との続柄				
変更 保護者や送付先の	(ふりがな) 氏 名							患者との続柄			
	居 住 地	〒									
	日中連絡がとれる電話番号										

✂ キリトリ

〒231-8588

神奈川県 がん・疾病対策課

難病対策グループ 行

保健所等受理印

県受理印

【記入方法】

1. 「必ず記入してください。」欄の受給者番号、氏名、居住地、日中連絡がとれる連絡先を記入する。
患者が 18 歳未満の場合は、「保護者」欄の氏名、患者との続柄、居住地、日中連絡がとれる連絡先も記入する。

〔注意〕「必ず記入してください」欄の居住地は、受給者証に記載されている居住地を記入してください。

2. 「変更事項」の「居住地」欄に、新しい居住地を記入する。

※記載例は、東京都に引越された場合の例です。

他の都道府県や、県内の政令市(横浜市、川崎市、相模原市)への引越の場合も同様です。

【添付書類】

なし

重要

転出先の都道府県や政令指定都市でも引き続き指定難病の医療費助成を希望される場合は、切れ目なく医療費助成を行うため、この届出よりも先に転出先の都道府県や政令指定都市への手続が必要となります。

手続方法については、転出先の都道府県や政令指定都市にお尋ねください。

5 書類の送付先を変更したい場合

特定医療費支給認定変更届出書

令和8年 10月 1日

神奈川県知事殿

申請者 居住地 **△△市□□町4丁目5番6号**

氏名 **神奈川 太郎**

難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第13条第1項の規定により、次のとおり届け出ます。

患者について	受給者番号	1	2	3	4	5	6	7	新規・転入申請中の方は番号記載不要
	(ふりがな) 氏名	かながわ たろう 神奈川 太郎							
	居住地	〒123-4567 〇〇市××町1丁目2番3号							
	日中連絡がとれる電話番号	090-××××-△△△△							

保健所等使用欄

患者No. 確認 済・未

(6月～10月のみ記載) 更新手続は行いましたか? (いずれかに○を付けてください。) 既に行った ・ まだしていない ・ この届出と同時に

支給認定基準世帯員	事由	氏名	患者との続柄	生年月日	マイナンバー										1月1日時点の市町村				
					・	・	・	・	・	・	・	・	・	・		・	・		
			患者本人	年 月 日	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・
増・減				年 月 日	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	
増・減				年 月 日	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	
増・減				年 月 日	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	

変更事項 (変更があった事項のみ記入してください。)

患者情報の変更	(ふりがな) 氏名											
	居住地	〒										
	日中連絡がとれる電話番号											
	医療保険 健康保険証の 記号・番号	被保険者氏名									被保険者と患者との続柄	
変更 保護者や送付先の	(ふりがな) 氏名	かながわ じろう 神奈川 次郎					患者との続柄	子				
	居住地	〒234-5678 ××市□□町4丁目5番6号										
	日中連絡がとれる電話番号	090-××××-△△△△										

✂ キリトリ

〒231-8588

神奈川県 がん・疾病対策課

難病対策グループ 行



保健所等受理印	県受理印

【記入方法】

1. 「必ず記入してください。」欄の受給者番号、氏名、居住地、日中連絡がとれる連絡先を記入する。

患者が 18 歳未満の場合は、「保護者」欄の氏名、患者との続柄、居住地、日中連絡がとれる連絡先も記入する。

2. 「変更事項」の「保護者又は送付先に関する事項」欄に、送付先として指定したい方の氏名、患者との続柄、居住地、日中連絡がとれる連絡先を記入する。

※記載例は、別居しているご家族を今後の送付先として指定する場合の例です。

一時的に別の住所で生活している場合などで、そちらに書類を送付して欲しい場合は、この手続を行ってください。

【添付書類】

ありません。

6-1-1 支給認定基準世帯員の増があった場合(マイナンバーを記入しての届出)

特定医療費支給認定変更届出書

令和8年 10月 1日

神奈川県知事殿

申請者 居住地 △△市□□町4丁目5番6号

氏名 神奈川 太郎

難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第13条第1項の規定により、次のとおり届け出ます。

患者について	受給者番号	1	2	3	4	5	6	7	新規・転入申請中の方は番号記載不要								
	(ふりがな) 氏名	かながわ たろう 神奈川 太郎															
	居住地	〒123-4567 〇〇市××町1丁目2番3号															
	日中連絡がとれる電話番号	090-××××-△△△△															
(6月～10月のみ記載) 更新手続きは行いましたか? (いずれかに○を付けてください。)					既に行った ・ まだしていない ・ この届出と同時に												
支給認定基準世帯員	事由	氏名	患者との続柄	生年月日	マイナンバー								1月1日時点の市町村				
		神奈川 太郎	患者本人	昭和20年2月2日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	〇〇市
	増・減	神奈川 花子	妻	昭和22年1月2日	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	〇〇市
	増・減			年 月 日	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	増・減			年 月 日	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.

保健所等使用欄
患者No. 確認 済・未

マイナンバーは大きくハッキリとご記入ください。

変更事項 (変更があった事項のみ記入してください)

患者情報の変更	(ふりがな) 氏名											
	居住地	〒										
	日中連絡がとれる電話番号											
	医療保険	保険者名称					被保険者氏名					
	健康保険証の記号・番号					被保険者と患者との続柄						
変更 保護者や送付先の	(ふりがな) 氏名						患者との続柄					
	居住地	〒										
	日中連絡がとれる電話番号											

✂ キリトリ

〒231-8588

神奈川県 がん・疾病対策課
難病対策グループ 行

保健所等受理印 県受理印

【記入方法】

1. 「必ず記入してください。」欄の受給者番号、氏名、居住地、日中連絡がとれる連絡先を記入する。
患者が 18 歳未満の場合は、「保護者」欄の氏名、患者との続柄、居住地、日中連絡がとれる連絡先も記入する。
2. 「変更事項」の「支給認定基準世帯員に関する事項」欄に、増減があった支給認定基準世帯員の氏名、続柄、生年月日を記入する。

【添付書類】

必要となる書類は次のとおりです。

支給認定基準世帯員が変わりますので、自己負担限度額の再算定を行います。

変更事項	必要書類
支給認定基準世帯員の増	・患者本人のマイナンバー確認書類のコピー ・患者と、新たに支給認定基準世帯員になった方のマイナンバーの記入

【支給認定基準世帯員とは】ご加入の健康保険によって、該当する方は次のとおりとなります。

加入している公的医療保険の種別	支給認定基準世帯員	
国民健康保険	患者と同じ国保に加入している方全員	
国民健康保険組合	患者と同じ国保組合に加入している方全員	
後期高齢者医療制度	患者と同じ住民票上で、後期高齢に加入している方全員	
社会保険 (協会けんぽ・健保組 合・共済・船員)	患者が被保険者本人の場合	患者本人
	患者が被保険者以外の場合	被保険者
	患者が被保険者以外の場合 (被保険者が非課税)	患者と、被保険者

6-1-2 支給認定基準世帯員の増があった場合(マイナンバーを記入しないでの届出)

特定医療費支給認定変更届出書

令和8年 10月 1日

神奈川県知事殿

申請者 居住地 △△市□□町4丁目5番6号

氏名 神奈川 太郎

難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第13条第1項の規定により、次のとおり届け出ます。

患者について	受給者番号	1	2	3	4	5	6	7	新規・転入申請中の方は番号記載不要
	(ふりがな) 氏名	かながわ たろう 神奈川 太郎							
	居住地	〒123-4567 〇〇市××町1丁目2番3号							
	日中連絡がとれる電話番号	090-××××-△△△△							
(6月～10月のみ記載) 更新手続きは行いましたか? (いずれかに○を付けてください。)					既に行った ・ まだしていない ・ この届出と同時				

保健所等使用欄
患者No. 確認 済・未

支給認定基準世帯員	事由	氏名	患者との続柄	生年月日	マイナンバー										1月1日時点の市町村		
					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
		神奈川 太郎	患者本人	昭和20年2月2日	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
増・減		神奈川 花子	妻	昭和22年1月2日	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
増・減				年 月 日	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
増・減				年 月 日	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.

変更事項 (変更があった事項のみ記入してください。)

患者情報の変更	(ふりがな) 氏名										
	居住地	〒									
	日中連絡がとれる電話番号										
	医療保険 健康保険証の 記号・番号	保険者名称	被保険者氏名								
変更 保護者や送付先の	(ふりがな) 氏名							患者との続柄			
	居住地	〒									
	日中連絡がとれる電話番号										

✂ キリトリ

〒231-8588

神奈川県 がん・疾病対策課
難病対策グループ 行

保健所等受理印 県受理印

【記入方法】

1. 「必ず記入してください。」欄の受給者番号、氏名、居住地、日中連絡がとれる連絡先を記入する。
患者が 18 歳未満の場合は、「保護者」欄の氏名、患者との続柄、居住地、日中連絡がとれる連絡先も記入する。
2. 「変更事項」の「支給認定基準世帯員に関する事項」欄に、増減があった支給認定基準世帯員の氏名、続柄、生年月日を記入する。

【添付書類】

必要となる書類は次のとおりです。

支給認定基準世帯員が変わりますので、自己負担限度額の再算定を行います。

変更事項	必要書類
支給認定基準世帯員の増	・増員になった方の健康保険証等のコピー ・市町村民税の課税状況の確認書類(※注)(21 ページ参照) (患者さん分と、支給認定基準世帯員全員分)

◆「健康保険証等」は、次のいずれかをご用意ください。

- ・健康保険証のコピー
- ・保険者から交付された「資格情報のお知らせ」または「資格確認書」のコピー
- ・マイナポータルからダウンロードした「資格情報画面」を印刷したもの

【支給認定基準世帯員とは】ご加入の健康保険によって、該当する方は次のとおりとなります。

加入している公的医療保険の種別	支給認定基準世帯員	
国民健康保険	患者と同じ国保に加入している方全員	
国民健康保険組合	患者と同じ国保組合に加入している方全員	
後期高齢者医療制度	患者と同じ住民票上で、後期高齢に加入している方全員	
社会保険 (協会けんぽ・健保組 合・共済・船員)	患者が被保険者本人の場合	患者本人
	患者が被保険者以外の場合	被保険者
	患者が被保険者以外の場合 (被保険者が非課税)	患者と、被保険者

6-2-1 支給認定基準世帯員の減があった場合(マイナンバーを記入しての届出)

特定医療費支給認定変更届出書

令和8年 10月 1日

神奈川県知事殿

申請者 居住地 △△市□□町4丁目5番6号

氏名 神奈川 太郎

難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第13条第1項の規定により、次のとおり届け出ます。

患者について	受給者番号	1	2	3	4	5	6	7	新規・転入申請中の方は番号記載不要
	(ふりがな)氏名	かながわ たろう 神奈川 太郎							
	居住地	〒123-4567 〇〇市××町1丁目2番3号							
	日中連絡がとれる電話番号	090-××××-△△△△							

保健所等使用欄

患者No. 確認 済・未

(6月～10月のみ記載) 更新手続きは行いましたか? (いずれかに○を付けてください。)		既に行った ・ まだしていない ・ この届出と同時に															
支給認定基準世帯員	事由	氏名	患者との続柄	生年月日	マイナンバー										1月1日時点の市町村		
		神奈川 太郎	患者本人	昭和22年4月1日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	〇〇市
	増・減	神奈川 春子	妻	昭和60年1月2日	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	〇〇市
	増・減			年 月 日	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	増・減			年 月 日	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.

変更事項 (変更があった事項のみ記入してください。)

患者情報の変更	(ふりがな)氏名										
	居住地	〒									
	日中連絡がとれる電話番号										
	医療保険	保険者名称					被保険者氏名				
	健康保険証の記号・番号					被保険者と患者との続柄					
変更保護者や送付先の	(ふりがな)氏名					患者との続柄					
	居住地	〒									
	日中連絡がとれる電話番号										

✂ キリトリ

〒231-8588

神奈川県 がん・疾病対策課
難病対策グループ 行



保健所等受理印

県受理印

【記入方法】

1. 「必ず記入してください。」欄の受給者番号、氏名、居住地、日中連絡がとれる連絡先を記入する。
患者が 18 歳未満の場合は、「保護者」欄の氏名、患者との続柄、居住地、日中連絡がとれる連絡先も記入する。
2. 「変更事項」の「支給認定基準世帯員に関する事項」欄に、増減があった支給認定基準世帯員の氏名、続柄、生年月日を記入する。

【添付書類】

必要となる書類は次のとおりです。

支給認定基準世帯員が変わりますので、自己負担限度額の再算定を行います。

支給認定世帯員の事由によって必要となる書類が異なりますので、必ず該当する項目をご確認ください。

変更事項	必要書類
支給認定基準世帯員の減	<ul style="list-style-type: none"> ・患者本人のマイナンバー確認書類のコピー ・健康保険が変わって減員の場合は、減員となった方のマイナンバーの記入 (お亡くなりになられて減員の場合は、マイナンバーを記載しての申請はできません。)

【支給認定基準世帯員とは】ご加入の健康保険によって、該当する方は次のとおりとなります。

加入している公的医療保険の種別	支給認定基準世帯員	
国民健康保険	患者と同じ国保に加入している方全員	
国民健康保険組合	患者と同じ国保組合に加入している方全員	
後期高齢者医療制度	患者と同じ住民票上で、後期高齢に加入している方全員	
社会保険 (協会けんぽ・健保組合・共済・船員)	患者が被保険者本人の場合	患者本人
	患者が被保険者以外の場合	被保険者
	患者が被保険者以外の場合 (被保険者が非課税)	患者と、被保険者

6-2-2 支給認定基準世帯員の減があった場合(マイナンバーを記入しないでの届出)

特定医療費支給認定変更届出書

令和8年 10月 1日

神奈川県知事殿

申請者 居住地 △△市□□町4丁目5番6号

氏名 神奈川 太郎

難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第13条第1項の規定により、次のとおり届け出ます。

患者について	受給者番号	1	2	3	4	5	6	7	新規・転入申請中の方は番号記載不要
	(ふりがな) 氏名	かながわ たろう 神奈川 太郎							
	居住地	〒123-4567 〇〇市××町1丁目2番3号							
	日中連絡がとれる電話番号	090-××××-△△△△							
(6月～10月のみ記載) 更新手続きは行いましたか? (いずれかに○を付けてください。)					既に行った ・ まだしていない ・ この届出と同時				

保健所等使用欄

患者No. 確認 済・未

支給認定基準世帯員	事由	氏名	患者との続柄	生年月日	マイナンバー										1月1日時点の市町村				
					・	・	・	・	・	・	・	・	・	・		・	・		
			患者本人	年 月 日	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・
増・減		神奈川 春子	妻	昭和60年1月2日	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	
増・減				年 月 日	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	
増・減				年 月 日	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	

変更事項 (変更があった事項のみ記入してください。)

患者情報の変更	(ふりがな) 氏名										
	居住地	〒									
	日中連絡がとれる電話番号										
	医療保険 健康保険証の 記号・番号	被保険者氏名					被保険者と患者との続柄				
変更 保護者や送付先の	(ふりがな) 氏名						患者との続柄				
	居住地	〒									
	日中連絡がとれる電話番号										

✂ キリトリ

〒231-8588

神奈川県 がん・疾病対策課
難病対策グループ 行

✂

保健所等受理印 県受理印

【記入方法】

1. 「必ず記入してください。」欄の受給者番号、氏名、居住地、日中連絡がとれる連絡先を記入する。
患者が 18 歳未満の場合は、「保護者」欄の氏名、患者との続柄、居住地、日中連絡がとれる連絡先も記入する。
2. 「変更事項」の「支給認定基準世帯員に関する事項」欄に、増減があった支給認定基準世帯員の氏名、続柄、生年月日を記入する。

【添付書類】

必要となる書類は次のとおりです。

支給認定基準世帯員が変わりますので、自己負担限度額の再算定を行います。

支給認定世帯員の事由によって必要となる書類が異なりますので、必ず該当する項目をご確認ください。

変更事項	必要書類
支給認定基準世帯員の減	<ul style="list-style-type: none"> ・健康保険証が変わって減員の場合は、減員になった方の健康保険証等のコピー ・お亡くなりになられて減員の場合は、戸籍謄本、死亡届、死亡診断書のいずれかのコピー ・居住地が変わって減員の場合は、減員になった方の住民票の写し又はマイナンバーカードのコピー

◆「健康保険証等」は、次のいずれかをご用意ください。

- ・健康保険証のコピー
- ・保険者から交付された「資格情報のお知らせ」または「資格確認書」のコピー
- ・マイナポータルからダウンロードした「資格情報画面」を印刷したもの

【支給認定基準世帯員とは】ご加入の健康保険によって、該当する方は次のとおりとなります。

加入している公的医療保険の種別	支給認定基準世帯員	
国民健康保険	患者と同じ国保に加入している方全員	
国民健康保険組合	患者と同じ国保組合に加入している方全員	
後期高齢者医療制度	患者と同じ住民票上で、後期高齢に加入している方全員	
社会保険 (協会けんぽ・健保組合・共済・船員)	患者が被保険者本人の場合	患者本人
	患者が被保険者以外の場合	被保険者
	患者が被保険者以外の場合 (被保険者が非課税)	患者と、被保険者

(※注)市町村民税の課税状況の確認書類について

市町村民税の課税状況の確認書類は、次のいずれかの書類をご提出ください。

ア 市町村民税(非)課税証明書(原本)

・証明年度の1月1日時点で住民登録がある市区町村の税務窓口で入手できます。

(郵送やコンビニ交付で取得できる市区町村もあります)

 所得や税の申告をしていない場合、証明書の金額が空白や「*」で表示されます。

課税金額や所得金額が「*」で表示されている証明書では金額が確認できないため、受給者証を発行することができません。税務窓口で所得や住民税の申告をした上で、改めて証明書を取得してください。

イ 給与所得等に係る特別徴収税額決定通知書(全てのページのコピー)

・給与所得者の方は5月頃に勤務先から配布、年金所得者の方は6月頃に自治体から郵送されています。

○お名前の記載部分を含み、全てのページをコピーしてください。

○2か所以上から配布されている場合には、全て提出してください。

ウ 市町村民税の税額決定・納税通知書(全てのページのコピー)

・主に個人事業主の方など、普通徴収により市町村民税を納税している方に郵送されています。

○全てのページをコピーしてください。

◎申請に必要な証明書類の年度は、法律で次のように定められています。

申請月	令和8年												令和9年					
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月
必要書類	令和7年度の証明書類						令和8年度の証明書類											
市区町村	令和7年1月1日時点で 住民票のあった市区町村						令和8年1月1日時点で 住民票のあった市区町村											