（様式第4号）（表）

特 定 疾 患 登 録 事 項 変 更 届

神奈川県知事　殿

特定疾患登録事項について、下記のとおり届出します。

年　月　日

受給者番号								（受給者と異なる場合のみ）	
受給者氏名								申請者の氏名	
受給者の生年月日	大正 昭和	平成	年	月	日			申請者の電話番号	（　　）
マイナンバー								※医療保険が変更となった方で、保険情報のわかる書類の提出を省略したい方はご記入ください。	

変更となった事項（該当するものに「〇」を付記し、変更後の内容を記載してください。）

お手続の際には、各種証明書類も併せてご提出いただきます。裏面をご参照願います。

変更箇所	変更の有無	変更後の内容
1 氏名		
2 住所		
〒　　神奈川県		
3 電話番号		
4 送付先・電話番号		※上に記載の住所と同じ場合は記入不要　　電話番号　　（　　）
〒 様		
健康保険証について		
5 保険者		
6 被保険者		
7 記号・番号		

再交付希望	
	受給者証の再発行が必要な場合には、ここに「〇」を付す。

（様式第4号）（裏）

お手続きの際には、下記の証明書類も併せてご提出ください。

事項	提出が必要な書類
1氏名 ・ 2住所	氏名や現住所が分かる書類(住民票、マイナンバーカード、運転免許証のうちいずれか一点のコピー)
3電話番号 ・4送付先	証明書類は提出不要です。届出書には正確に記載してください。
5 健康保険情報	1. 記号・番号のみの変更の場合 ・患者さんの健康保険証等のコピー 2. 国民健康保険（国保組合含む）や後期高齢者医療広域連合に変更となる場合 ・健康保険証等のコピー（患者分と患者と同じ国保又は後期高齢に加入している方全員分） ・市町村民税の課税状況の確認書類（患者分と患者と同じ国保又は後期高齢に加入している方全員分）（※注） 3. 社会保険に変更となる場合 ・健康保険証のコピー（患者分） ・市町村民税の課税状況の確認書類（被保険者分。ただし、被保険者が非課税の場合は、被保険者分と患者分）（※注） 健康保険証等は、次のいずれか一点のコピーをお願いします。 ・健康保険証 ・資格情報のお知らせ ・資格確認書 ・マイナポータルの資格情報画面を印刷したもの ◎必要な課税書類の年度は、次の通りです。 （4月～6月） 前年度の市町村民税非課税証明書（原本） （7月～3月） 今年度の市町村民税非課税証明書（原本）