

指定難病医療費受給者証をお持ちの皆様へ

申請内容変更・追加の届出のお願い

申請された内容に、変更・追加があった場合は、届出が必要です。手続き方法は県南保健福祉事務所までお問い合わせください。

なお、来所する際には、**受給者証**と**印鑑**を必ずご持参ください。

	変更事項	提出書類	添付するもの
1	住所が変わった時	特定医療費支給認定変更申請書・届出書（様式第8号）	・住民票
2	氏名が変わった時		
3	加入している保険が変わった時	①特定医療費支給認定変更申請書・届出書（様式第8号） ②同意書	<国保・後期高齢> 同じ健康保険に加入している方全員の ①保険証のコピー ②所得額課税額証明書※1 <被用者保険> ①保険証のコピー（患者さんの分。ただし、患者さんが被扶養者で保険者証に被保険者名がない場合は被保険者及び患者さん分が必要です。） ②所得額課税額証明書※1（被保険者の分。ただし、患者さんが被扶養者で被保険者が非課税の場合は、被保険者及び患者さんの分が必要です。）
4	医療機関・薬局・訪問看護を変更・追加したい時	特定医療費支給認定変更申請書・届出書（様式第8号）	
5	県外へ転出する時	特定医療費受給者資格そう失届（様式第7号）	・受給者証
6	死亡した時		
7	受給者証を無くしたり、破れた時	特定医療費受給者証再交付申請書（様式第6号）	
8	自己負担上限額の特例の変更	特定医療費支給認定変更申請書・届出書（様式第8号）	・臨床調査個人票 ①、②のいずれか ①自己負担上限額管理票 ②医療費申告書及び領収書のコピー ・生活保護受給者証または証明書のコピー ・住民票
	①人工呼吸器装着		
	②高額かつ長期該当※3		
	③生活保護となった時		
9	病名が追加・変更となる時		・臨床調査個人票
10	同じ健康保険に加入している方の中に指定難病患者または小児慢性特定疾患患者がいる		・該当者の受給者証のコピー

※1 4/1～6/30に申請される方は前年度分、7/1～3/31に申請される方は該当年度分が必要です。

※2 階層区分が一般Ⅰ以上の方で、指定難病に係る月の医療費総額（10割）が5万円を超える月が申請する月以前の12か月以内に6回以上ある方。

【問い合わせ先】 福島県県南保健福祉事務所 健康増進課
☎ 0248-22-5443（直通）