

(様式 12)

特定疾患治療研究事業承認事項変更申請書

令和 年 月 日

(あて先) 保健所長

住所
申請者
氏名

印
(続柄:)

次のとおり、特定疾患治療研究事業承認事項の変更を申請します。

受給者番号							
フリガナ 患者氏名			生年 月日	明・大 昭・平		年 月日	

変更事項 (1. 氏名 2. 住所 3. 加入医療保険 4. 医療機関 5. その他)
1. から 5. の該当する番号に○をつけてください。

変更年月日 令和 年 月 日から

項目	変更前	変更後	添付書類
フリガナ 氏名			受給者証 住民票 の写し
住所	〒 (TEL)	〒 (TEL)	受給者証 住民票 の写し
加入医療保険			(下記参照)
医療機関			受給者証
その他			

※ 変更事項が3の場合は、医療保険の資格情報が確認できる資料、受給者証、保険者からの情報提供にかかる同意書、被保険者の所得関係証明書（次のいずれか一点）を提出してください。

- 「3割」の記載がある高齢受給者証の写し
- 限度額適用認定証 又は 限度額適用・標準負担額減額認定証の写し
- 被保険者の市町村民税・県民税 所得課税証明書 及び 被保険者・被扶養者の公的年金源泉徴収票の写し

ただし、「市町村国民健康保険」「後期高齢者医療広域連合」の方は被保険者の所得関係証明書は不要です。
なお、「国民健康保険組合」の方は世帯全員分の所得関係証明書が必要です。

※ 変更事項が4の場合、変更できる医療機関は特定疾患の治療を行う医療機関に限られます。