



# (裏面)

○裏面は、変更がある場合のみ記入してください（変更がない場合は記入不要）

①変更後の住所・氏名	(変更後の住所) 〒 _____		
	(変更後の氏名・フリガナ)		
更新前の受給者証について再交付希望 <input type="checkbox"/> 有			
(18歳未満の場合のみ) 変更後の保護者の住所・氏名			
②変更後の電話番号	電話番号（主）		
	電話番号（副）		
③変更後の保険証	保険者名		保険者番号
	被保険者氏名		
	記号・番号 (枝番)	(記号)	(番号)

○患者（保護者）の住所とは別の宛先に受給者証の送付を希望する場合のみ記入（希望しない場合は記入不要）

別送先住所	〒 _____		
別送先氏名			
患者との続柄		電話番号	

(以下、保健所使用欄のため記載不要です。)

## 保健所使用欄

更新前の受給者証と同じ疾病番号の医療意見書が提出されていることを必ず確認（切替・追加・減少がある場合は☑）

必須項目	疾病番号 (告示番号)	主	副1	副2 副3	<input type="checkbox"/> 疾病切替 <input type="checkbox"/> 疾病追加 <input type="checkbox"/> 疾病減少	
	医療意見書の様式	<input type="checkbox"/> 更新	※☑新規の場合は原則訂正を依頼			(疾病切替、追加がある場合は定例進達が必要)
	MN照会	<input type="checkbox"/> 課税証明書のみ <input type="checkbox"/> 保険証のみ <input type="checkbox"/> 両方			※「みなし世帯員(み)」の保険証はMN照会不要 (MN照会無しで階層判定可能な場合は☑せず一般簿冊へ)	
	ペーパー該当	<input type="checkbox"/> ペーパー該当				
世帯按分	種別	受給者番号	受給者名	判定○・×		
	<input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢					
任意項目	添付資料	<input type="checkbox"/> 医療意見書 <input type="checkbox"/> 世帯調書 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 保険情報 (☑マ付確認書) <input type="checkbox"/> 課税証明書等 (☑マ付確認書) <input type="checkbox"/> マイナンバー確認書類 <input type="checkbox"/> 受給者証のコピー <input type="checkbox"/> 生活保護受給証のコピー 【住民税非課税】 <input type="checkbox"/> 非課税収入申告書 <input type="checkbox"/> 非課税収入証明書類 【生保切替】 <input type="checkbox"/> 保護受給者証・証明書等 <input type="checkbox"/> 廃止通知書 【高額かつ長期】 <input type="checkbox"/> 自己負担上限月額管理票 【世帯按分】 <input type="checkbox"/> 按分対象者の受給者証 【上位所得】 <input type="checkbox"/> D同意書 【重症】 <input type="checkbox"/> 重症患者認定申請書 【人工呼吸器】 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着者証明書				
	定例進達	<input type="checkbox"/> 保険変更 <input type="checkbox"/> 上限月額 <input type="checkbox"/> 高額かつ長期 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着者 <input type="checkbox"/> 世帯按分 <input type="checkbox"/> 生保切替 (☑開始 ☑廃止) <input type="checkbox"/> 疾病追加 <input type="checkbox"/> 疾病切替				