様式５

届出者は、原則として「加入医療保険の被保険者（世帯主、組合員）である保護者」です。

小児慢性特定疾病医療費支給認定変更届出書

令和　　年　　月　　日

（あて先）横須賀市長

受診者	フリガナ 氏　名		生年月日	平成・令和　　年　　月　　日 （　　歳）
	個人番号			
	受給者番号			
	居住地	〒		
届出者（保護者）	フリガナ 氏　名		受診者との続柄	父・母・本人 その他（　　）
	個人番号			
	居住地	〒　　※受診者と異なる場合に記入	連絡先	自宅 （父・母・本人・その他）の携帯

変更のある事項（該当する項目にチェックをしてください）

	事項	変更前		変更後	
□	受診者に関する事項			□　上記のとおり	
□	保護者に関する事項			□　上記のとおり	
□	加入医療保険に関する事項 変更後の加入健康保険の確認ができる書類（資格確認書等）のコピー、同意書（保険者照会用）を添付してください	被保険者氏名		被保険者氏名	
		受診者との続柄	父・母・本人・その他（　　）	受診者との続柄	父・母・本人・その他（　　）
		保険者		保険者	
		被保険者の記号・番号		被保険者の記号・番号	
		保険種別	健康保険協会・健康保険組合 共済組合・国保・国保組合・生保 その他	保険種別	健康保険協会・健康保険組合 共済組合・国保・国保組合・生保 その他
□	その他の事項				

加入医療保険の変更等により支給認定基準世帯員（社会保険に加入しているとき＝被保険者、国民健康保険・国保組合に加入しているとき＝世帯員全員）の変更や追加があったときは、裏面の世帯調書に記入をしてください。

小児慢性特定疾病医療費の支給認定に必要な市税等に関する情報を調査することについて承諾します。

令和　　年　　月　　日　　氏名（届出者）

備考	届出者と窓口に来た人が異なるときは、以下を記入してください。		本人確認　□　済　□　未済
	代理人氏名 （窓口に来た人）		収受印
	居住地	※届出者と異なる場合に記入	

様式５裏

医療費支給認定基準世帯員（兼世帯調書）

・住民票上の世帯員の各項目について、記入してください。ただし、住民票が別でも、受診者本人と同じ医療保険に加入している人がいるときは、その人についても記入をしてください。その場合、「同居・別居の別」の「別居」を〇で囲み、備考欄に住所を記入してください。
・個人番号の記入が必要な人は、以下のとおりです。
「国民健康保険・国民健康保険組合」に加入しているとき　→　同じ保険に加入する世帯員の分
「社会保険」に加入していて、受診者・申請者以外の人が被保険者であるとき　→　被保険者の分

フリガナ 氏　　名 個人番号（必要な人のみ）	続柄	生年月日	医療保険が受診者と同じ・異なるの別	同居別居の別	市町村民税課税・非課税の別	公的年金等の受給※
受診者 ＊ ＊ ＊ ＊ ＊ ＊ ＊ ＊ ＊ ＊ ＊ ＊	本人	平成・令和 年　月　日	－	－	課　税 非課税	－
申請者 （被保険者） ＊ ＊ ＊ ＊ ＊ ＊ ＊ ＊ ＊ ＊ ＊ ＊		昭和・平成・令和 年　月　日	同じ 異なる	同居 別居	課　税 非課税	あり なし
		昭和・平成・令和 年　月　日	同じ 異なる	同居 別居	課　税 非課税	－
		昭和・平成・令和 年　月　日	同じ 異なる	同居 別居	課　税 非課税	－
		昭和・平成・令和 年　月　日	同じ 異なる	同居 別居	課　税 非課税	－
		昭和・平成・令和 年　月　日	同じ 異なる	同居 別居	課　税 非課税	－
		昭和・平成・令和 年　月　日	同じ 異なる	同居 別居	課　税 非課税	－
		昭和・平成・令和 年　月　日	同じ 異なる	同居 別居	課　税 非課税	－
備考						

※公的年金等とは、遺族年金、障害年金、特別児童扶養手当、特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当、障害に対する公的補償（労働災害補償等）等を指します。

＜事務処理欄＞

基準世帯員	所得割額	手当等収入額	既原	Ⅰ 生保 血友病	Ⅱ 収入＜ 80 万円	Ⅲ 収入≧ 80 万円	Ⅳ 税額＜ 7.1 万円	Ⅴ 7.1 万円 ≦税額＜ 25.1 万円	Ⅵ 税額＞ 25.1 万円
			備考						
合　　計									