

## 特定医療費（指定難病）支給認定変更申請書兼届出書

|   |                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1 | （宛先） 京都市長                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                  | 〇年 ×月 △日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
|   | 申請者の住所 〒 604-8571<br>京都市 中京 区 寺町通御池上る上本能寺前町488<br>（電話） 075 - 222-0000                                                                                                                                                                                      |                                                                                  | 申請者の氏名<br><b>京都 花子</b><br>※ 受診者が18歳未満の場合は保護者が申請者となります。 続柄（ 本人 ）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
| 2 | 特定医療費の支給認定内容について、変更申請します。<br>・ 支給資格の有無等について、京都市が保有している公簿（住民基本台帳、課税台帳）等で確認することに同意します。<br>・ 公簿等で確認できない場合は、関係書類の提出を速やかに行います。<br>・ （非課税世帯の場合）受診者本人（受診者が18歳未満の場合はその保護者）の障害基礎年金等の非課税収入については、下記「収入に関する申立欄」の記載内容に相違ありません。障害基礎年金等の支給資格について、京都市が年金事務所等に確認することに同意します。 |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
|   | 現在の受給者番号 1 2 3 4 5 × × 受給者証有効期限 〇年 △月 ×日                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
| 3 | 受診者                                                                                                                                                                                                                                                        | 住所（変更の場合、変更後の住所）                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ（申請者と同じ場合は□にチェックしてください。）<br>電話 075 - 222-0000                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
|   |                                                                                                                                                                                                                                                            | （旧住所）                                                                            | 1日時点の住所地が現住所と異なる場合のみ記入                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| 4 | 保護者                                                                                                                                                                                                                                                        | フリガナ                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
|   |                                                                                                                                                                                                                                                            | 氏名（変更の場合、変更後の氏名）                                                                 | 年齢 ××歳 生年月日 昭和 〇年△月 □日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| 5 | 送付先                                                                                                                                                                                                                                                        | 住所（変更の場合、変更後の住所）                                                                 | 変更される内容にチェックをつけてください。<br>変更内容に応じて、書類の添付が必要となりますので、御確認ください。<br>（必要な書類は3ページ目を御参照ください。）                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
|   |                                                                                                                                                                                                                                                            | フリガナ                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
| 6 | 変更の内容                                                                                                                                                                                                                                                      | 氏名変更                                                                             | 以下の変更は、裏面も御記入ください。<br><input type="checkbox"/> 疾病追加〔疾病名： 〕<br><input type="checkbox"/> 疾病変更〔疾病名： 〕<br><input checked="" type="checkbox"/> 加入医療保険の変更<br><input checked="" type="checkbox"/> 同一医療保険加入者（支給認定基準世帯員）の変更（世帯員が増えた・減った）<br><input type="checkbox"/> 個人番号（マイナンバー）の変更<br><input type="checkbox"/> 受診者と同一世帯の方（同じ医療保険等の加入者）が特定医療費（指定難病）又は小児慢性特定疾病の受給<br><input type="checkbox"/> その他〔 |  |
|   |                                                                                                                                                                                                                                                            | 住所変更                                                                             | 裏面への記入必要                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| 7 | 変更年月日（疾病追加・疾病変更の方は当欄記入不要、裏面に御記入ください。）                                                                                                                                                                                                                      | 生活保護等の受給開始又は廃止                                                                   | 裏面への記入不要                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
|   |                                                                                                                                                                                                                                                            | 人工呼吸器等装着者の支給認定                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
| 7 | 変更年月日（疾病追加・疾病変更の方は当欄記入不要、裏面に御記入ください。）                                                                                                                                                                                                                      | 高額かつ長期の支給認定<br>※特定医療費の受給者のうち、市民税課税世帯で、月ごとの医療費総額が、5万円を超える月が、申請月から起算して過去12箇月間に6回以上 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
|   |                                                                                                                                                                                                                                                            | 返還（治療・死亡・他法・転出・その他）                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
| 7 | 変更年月日（疾病追加・疾病変更の方は当欄記入不要、裏面に御記入ください。）                                                                                                                                                                                                                      | 送付先の変更                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
|   |                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |

- 申請書類を作成した年月日、申請者の住所、電話番号、氏名、続柄を記入してください。  
申請者は、原則受診者となりますが、保護者（受診者が18歳未満の場合）、成年後見人等の法定代理人、受診者から申請の委任を受けた方も可能です。
- 現在お持ちの受給者証を確認のうえ、受給者番号と、有効期限を記入してください。
- 受診者の項目（住所、電話番号、氏名（フリガナ）、年齢、生年月日、個人番号（マイナンバー））を記入してください。変更の場合は、変更後の内容を記入してください。
- 受診者が18歳未満の場合のみ、保護者の情報を記入してください。変更の場合は変更後の内容を記入してください。
- 申請者の住所地以外に結果等の送付を希望される場合のみ、記入してください。変更の場合は、変更後の内容を記入してください。
- 変更する項目を☒してください。変更内容に応じて添付する書類が異なります。（必要な書類は、3ページ目を御参照ください。）また、変更内容が左側の段（氏名変更～送付先の変更）のみの場合は、裏面への記入は不要です。  
現在受給している疾病に加え、新たに疾病を追加・変更する場合は、指定難病名を記入したうえで、該当の疾患の臨床調査個人票を添付してください。指定難病審査会の審査を経て、認定結果を通知します。
- 変更が生じた日を記入してください（例：住所を変更した日等）。（疾病を追加・変更する場合は、当欄には記載せず、裏面8に記載してください。）

## ウラ面の記入例

## 裏面

《記入事項 続き（変更があった場合のみ記入してください。）》

|                                                                                                                                                                                                                                        |                                                    |                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 8                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 疾病追加・疾病変更                 |                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                        | 特定医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日<br>※ (疾病追加・疾病変更の方のみ記入) | 年      月      日                                                                        |
| 【左記の欄が申請日から1か月以上前の年月日となっている理由】<br><input type="checkbox"/> 臨床調査個人票の受領に時間を要したため<br><input type="checkbox"/> 症状の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため<br><input type="checkbox"/> 大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要したため<br><input type="checkbox"/> その他 |                                                    |                                                                                        |
| ※ 特定医療費の支給開始日は、指定医が重症度分類を満たしていると診断した日又は軽症高額の基準を満たした日の翌日（ただし通り期間は原則申請日から1か月前（やむを得ない理由により申請が行えなかった場合は最長3か月前）の同じ日）まで遡ることが可能。<br>そのため、申請日に関わらず、臨床調査個人票に記載された診断年月日等、特定医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日を記載                                          |                                                    |                                                                                        |
| 9                                                                                                                                                                                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> 加入医療保険の変更      |                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                        | 被保険者氏名                                             | <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ<br>（申請者と同じ場合は□にチェックしてください。）<br><b>京都 太郎</b> |
| 保 険 種 別                                                                                                                                                                                                                                |                                                    | 受診者との続柄 <b>夫</b>                                                                       |
| 加入医療保険                                                                                                                                                                                                                                 |                                                    | <b>市町村国保・後期高齢・協会けんぽ・健保組合・共済組合・国保組合・その他</b>                                             |
| 資 格 取 得 日                                                                                                                                                                                                                              |                                                    | ○ 年      × 月      × 日                                                                  |
| 記号・番号                                                                                                                                                                                                                                  | 記号                                                 | <b>1234</b>                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                        | 番号                                                 | <b>56789</b>                                                                           |
| 保険者名称                                                                                                                                                                                                                                  |                                                    | <b>京都市</b>                                                                             |
| <input checked="" type="checkbox"/> 加入医療保険の詳細は別紙のとおり（医療保険の資格情報が確認できる資料を添付）                                                                                                                                                             |                                                    |                                                                                        |

☒ 支給認定基準世帯員、個人番号の変更（変更のあった世帯員  
 ・支給認定基準世帯員は、申請者（保護者）と同一住所で保険料が納入されている方（世帯員  
 ・一保険の方全員）  
 ・申請者が18歳未満の場合、申請者となる保護者の個人番号（マイナ  
 ・個人番号（マイナ  
 ・非課税世帯の場合  
 ・受診者が18歳未満の場合、申請者となる保護者の個人番号（マイナ

変更の項目に☒をしてください。

医療保険の資格情報が確認できる資料を添付しない場合は、  
加入医療保険欄を全て記入してください。

受診者が1人8歳未満の場合のみ、申請者となる保護者の個人番号（マイナンバー）の変更に伴っても、当欄を使用してください。

|                                 | 続柄                                                                                       | 基準世帯員氏名 |           | 生年月日     | 住所（受診者と異なる場合のみ記入）                          |                                  |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----------|----------|--------------------------------------------|----------------------------------|
|                                 |                                                                                          | フリガナ    | 氏名        |          | 個人番号（マイナンバー）                               |                                  |
| 増・減                             | 長男                                                                                       | フリガナ    | キョウト イチロウ | 平成〇年△月×日 | <input checked="" type="checkbox"/> 受診者と同じ |                                  |
|                                 |                                                                                          |         | 京都 一郎     |          |                                            | 1 2 1 2 1 2 1 2 × × × ×          |
| 増・減                             |                                                                                          | フリガナ    |           |          | <input type="checkbox"/> 受診者と同じ            |                                  |
|                                 | ・氏名欄を記入してください。<br>・住所欄は、受診者と同じ場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> をすることで、記入を省略できます。 |         |           |          | <input type="checkbox"/> 受診者と同じ            | マイナンバーを記入した場合は、窓口で確認書類を提示してください。 |
| <input type="checkbox"/> 受診者と同じ |                                                                                          |         |           |          |                                            |                                  |
| 増・減                             |                                                                                          | フリガナ    |           |          | <input type="checkbox"/> 受診者と同じ            |                                  |
|                                 |                                                                                          |         |           |          |                                            |                                  |
| 増・減                             |                                                                                          | フリガナ    |           |          | <input type="checkbox"/> 受診者と同じ            |                                  |
|                                 |                                                                                          |         |           |          |                                            |                                  |

|    |                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 11 | 「市民税非課税世帯の方のみ」<br>収入に課税世帯の方のみ | <p>①～③のうち、該当する項目に☑をしてください。</p> <p>※対象となる収入は、基準年1月～12月の間の収入（合計所得金額、課税年金収入及び非課税収入の合計）です。</p> <p>なお、基準年とは、1月～5月の申請の場合は前々年。6月～12月の申請の場合は前年です。</p> <p>※対象となる収入が、80万円を超える方の自己負担上限額は5,000円、80万円以下の方の自己負担上限額は2,500円となります。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|    |                               | <p><input checked="" type="checkbox"/> ① 障害基礎年金等の非課税収入<sup>※</sup>があります。</p> <p>基準年1月～12月の受給金額が確認できる書類（通知書等）を添付します。</p> <p>※障害基礎年金等の非課税収入とは、以下の年金等のことですが（以下②③も同様）。</p> <p>障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金等の年金<br/>労災等による傷害補償給付、特別児童扶養手当、障害児福祉手当、特別障害者手当、経過の福祉手当</p> <p><input type="checkbox"/> ② 障害基礎年金等の非課税収入<sup>※</sup>がありませんが、<br/>基準年1月～12月の受給金額が確認できる書類（通知書等）を添付しません。<br/>自己負担上限額が「5,000円」となることに同意します。</p> <p><input type="checkbox"/> ③ 障害基礎年金等の非課税収入<sup>※</sup>はありません。（非課税収入について不明な方を含む。）</p> |

12 ☐ 受診者と同一世帯の方（同じ医療保険等の加入者）で指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成を開始した場合

| 医療費助成の種類                      |                               | 氏名 | 受給者番号 | 医療費助成の種類                      |                               | 氏名 | 受給者番号 |
|-------------------------------|-------------------------------|----|-------|-------------------------------|-------------------------------|----|-------|
| <input type="checkbox"/> 指定難病 | <input type="checkbox"/> 小児慢性 |    |       | <input type="checkbox"/> 指定難病 | <input type="checkbox"/> 小児慢性 |    |       |

- ⑧ 疾病を追加・変更する場合は、特定医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日を記入してください。記入した年月日が申請日から1か月以上前の年月日となっている場合は、その理由を☑してください。
- ⑨ 加入医療保険の変更があった場合に記入してください。
- ⑩ 世帯員の変更があった場合に記入してください。
- ⑪ 世帯員に変更があった方で、市民税非課税世帯（所得割額、均等割額ともに0円）の場合は、①～③のいずれか該当する項目に☑が必要です。3ページ目の【収入に関する申立欄の補足】を御確認ください。
- ① にチェックをされる場合は、障害年金等の非課税収入の金額が分かる書類の写しの添付が必要です。
- ⑫ 受診者が新たに小児慢性特定疾病の医療費助成を認定された場合や、同一世帯（同じ医療保険の加入者）で、新たに特定医療費（指定難病）又は小児慢性特定疾病の医療費助成を認定された方がいらっしゃる場合は、自己負担上限額の世帯按分により自己負担上限額が低くなるため、対象者の氏名と受給者番号を記入してください。

○ 変更内容に応じた添付書類

| 変更事項                                | 添付書類                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 氏名、住所、送付先                           | 不要                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 生活保護等の受給開始                          | 生活保護受給証明書又は中国残留邦人等支援給付証明書                                                                                                                                                                                                                                |
| 生活保護等の停止又は廃止                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>生活保護受給証明書（生活保護の停止日又は廃止日の記載のあるもの）</li> <li>変更後の医療保険の資格情報が確認できる資料の写し（提出範囲は、次のページの★参照）</li> <li>加入の保険によって必要な書類（提出範囲は、次のページの★参照）</li> <li>（障害基礎年金等の非課税収入があり、収入に関する申立欄で①をチェックされた方のみ）障害年金等の非課税収入の金額が分かる書類の写し</li> </ul> |
| 人工呼吸器等装着の支給認定を希望                    | 当該疾病の臨床調査個人票（人工呼吸器装着欄又は、体外式補助人工心臓の装着欄のみで可）                                                                                                                                                                                                               |
| 高額かつ長期特例                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>自己負担上限額管理票の写し</li> <li>又は</li> <li>医療費申告書＋領収書等（原本照合）写し</li> </ul> ※医療費総額（１０割分）が５万円を超える月が６箇月分（１年間）                                                                                                                 |
| 返還（治癒・死亡・他法・転出・その他）                 | 受給者証原本                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 他の指定難病を発症し、支給認定を希望                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>臨床調査個人票(新規)</li> <li>研究等への利用についての同意書（任意）</li> </ul>                                                                                                                                                               |
| 加入医療保険の変更                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>新しい医療保険の資格情報が確認できる資料の写し（提出範囲は、次のページの★参照）</li> <li>加入の保険によって必要な書類（提出範囲は、次のページの★参照）</li> <li>（障害基礎年金等の非課税収入があり、収入に関する申立欄で①をチェックされた方のみ）障害年金等の非課税収入の金額が分かる書類の写し</li> </ul>                                            |
| 同一医療保険加入者（支給認定基準世帯員）の変更             |                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 個人番号（マイナンバー）の変更                     | マイナンバーカード又は個人番号通知書で窓口確認を行う。                                                                                                                                                                                                                              |
| 同一医療保険に加入の家族が指定難病又は小児慢性特定疾病の受給者証の交付 | 不要                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 市民税額                                | 不要                                                                                                                                                                                                                                                       |

【収入に関する申立欄の補足】

- ※１ 年収とは、基準年１月～１２月の間における、「ア 地方税法上の合計所得金額」、「イ 所得税法上の公的年金等収入額」、「ウ 障害基礎年金等の非課税収入額」の合計です。
- ※２ 基準年とは、１～５月に申請される場合は、前々年。６～１２月に申請される場合は、前年を指します。
- ※３ アは、事業所得、給与所得、年金所得等の合計（各収入金額から必要経費等を引いた額）です。
- ※４ イの収入がある場合、アの金額は、公的年金等控除額を８０万円として算定した額となります。
- ※５ ウの対象となる給付は、以下の年金等です。
- 【ウの対象となる給付】
- 障害基礎年金・障害厚生年金・障害共済年金・遺族基礎年金・遺族厚生年金・遺族共済年金等の年金、労災等による傷害補償給付、特別児童扶養手当、障害児福祉手当、特別障害者手当、経過的福祉手当

★加入医療保険ごとに必要な書類

| 加入医療保険 |               |                                                                                                                                                               | 加入医療保険の変更<br>(支給認定基準世帯員の変更を伴う場合を含む)                                                                                                                                                                                                                | 支給認定基準世帯員の変更<br>(加入医療保険の変更を伴わない場合)                                                                                                                                                              |
|--------|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A      | 市町村国保         | 京都市<br>国保                                                                                                                                                     | 患者本人の医療保険の資格情報が確認できる資料※ <sup>1</sup> の写し<br><br>※「加入医療保険」欄に必要事項が全て記入していれば添付不要<br><br>※患者本人が国民健康保険に加入している18歳未満で、その保護者が後期高齢者医療制度に加入している場合は、その保護者分の医療保険の資格情報も必要                                                                                       | 不要                                                                                                                                                                                              |
|        |               | 京都市以外の<br>国保                                                                                                                                                  | 患者本人及び同じ国保に加入している方全員分の医療保険の資格情報が確認できる資料※ <sup>1</sup> の写し<br><br>※「加入医療保険」欄に必要事項が全て記入してあり、かつ、患者本人(及び、変更により新たに加わった支給認定基準世帯員がいる場合は、その全員分)のマイナンバーが記入されていれば添付不要<br><br>※患者本人が国民健康保険に加入している18歳未満で、その保護者が後期高齢者医療制度に加入している場合は、その保護者分の医療保険の資格情報も確認できる資料も必要 | 変更により新たに加わった支給認定基準世帯員全員分の医療保険の資格情報が確認できる資料※ <sup>1</sup> の写し<br><br>※変更により新たに加わった支給認定基準世帯員全員分のマイナンバーが記入されていれば添付不要<br><br>※患者本人が国民健康保険に加入している18歳未満で、その保護者が後期高齢者医療制度に加入している場合は、その保護者を支給認定基準世帯員に含む |
|        |               | (保険者への適用区分を照会するための)同意書<br>※他都市国保の方のみ必要(京都市国保は不要)                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                 |
|        |               |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                 |
| B      | 後期高齢者<br>医療連合 | 京都府<br>後期<br>高齢                                                                                                                                               | 患者本人の医療保険の資格情報が確認できる資料※ <sup>1</sup> の写し<br><br>※「加入医療保険」欄に必要事項が全て記入していれば添付不要                                                                                                                                                                      | 不要                                                                                                                                                                                              |
|        |               | 京都府以外の<br>後期<br>高齢                                                                                                                                            | 患者本人及び住民票が同じ世帯で後期高齢者医療に加入している方全員分の医療保険の資格情報が確認できる資料※ <sup>1</sup> の写し<br><br>※「加入医療保険」欄に必要事項が全て記入してあり、かつ、患者本人(及び、変更により新たに加わった支給認定基準世帯員がいる場合は、その全員分)のマイナンバーが記入されていれば添付不要                                                                            | 変更により新たに加わった支給認定基準世帯員全員分の医療保険の資格情報が確認できる資料※ <sup>1</sup> の写し<br><br>※変更により新たに加わった支給認定基準世帯員全員分のマイナンバーが記入されていれば添付不要                                                                               |
| C      | 国民健康保険組合      | 患者本人及び同じ国保組合に加入している方全員分の医療保険の資格情報が確認できる資料※ <sup>1</sup> の写し<br><br>※「加入医療保険」欄に必要事項が全て記入してあり、かつ、患者本人(及び、変更により新たに加わった支給認定基準世帯員がいる場合は、その全員分)のマイナンバーが記入されていれば添付不要 |                                                                                                                                                                                                                                                    | 変更により新たに加わった支給認定基準世帯員全員分の医療保険の資格情報が確認できる資料※ <sup>1</sup> の写し<br><br>※変更により新たに加わった支給認定基準世帯員全員分のマイナンバーが記入されていれば添付不要                                                                               |
|        |               | (保険者への適用区分を照会するための)同意書                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                 |
|        |               | 市民税(非)課税証明書(全項目)<br>※世帯員全員(中学生以下を除く)の基準年度※ <sup>2</sup> 分                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                 |
| D      | 被用者保険         | 患者本人及び被保険者の医療保険の資格情報が確認できる資料※ <sup>1</sup> の写し<br><br>※「加入医療保険」欄に必要事項が全て記入してあり、かつ、患者本人(及び、被保険者の変更がある場合は、被保険者)のマイナンバーが記入されていれば添付不要                             |                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                 |
|        |               | 市民税(非)課税証明書(全項目)<br>※被保険者が非課税の場合のみ必要<br>※被保険者の基準年度※ <sup>2</sup> 分                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                 |

※1 医療保険の資格情報が確認できる資料(以下のいずれか)

- ・マイナポータルの資格情報の画面又はデータを印字したもの
- ・資格確認書
- ・資格情報のお知らせ
- ・健康保険証(令和7年12月1日まで)

※2 提出時期による課税証明書の基準年度

- ・4月1日～5月31日: 前年度に係る証明書類
- ・6月1日～3月31日: 提出日が属する年度に係る証明書類

※上記の資料がない場合は、加入されている保険の種類が

わかれば、マイナンバーカードか、個人番号通知書と身分証明書を提示いただき、本市のシステムを通じ、加入保険の資格情報確認を行うことは可能です。  
ただし、窓口では確認に時間を要しますので、予め御承ください。