

# 特定疾患転入届

神奈川県知事 殿

住所	年 月 日
届出者 氏名	
電話番号	

神奈川県へ転入しましたので、次のとおり届け出ます。

お手続きの際には、各種証明書類も併せて御提出いただきます。裏面を御参照願います。

ふりがな			
受給者氏名	(氏名変更がある場合) 旧姓:		
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女
住所	〒 ー 電話 ( )		
送付先住所 (上記住所と異なる場合)	〒 ー 電話 ( ) ----- 送付先氏名:		
疾患名			
神奈川県転入日	年 月 日		
転入前の住所	都道府県	市区町村	
過去の神奈川県での受給歴	あり ・ なし (ありの場合) 神奈川県の受給者番号:		
今回の届出で希望する受給者証の有効期間	年 月 日 から 年 月 日 ※開始日は、神奈川県への転入日となります。ここに記載した有効期間が含まれている、転入前の都道府県の受給者証の写しを添付してください。 添付できない場合、その理由( )		

後日、がん・疾病対策課より、受給者証を送付します。  
対象疾患、月額自己負担限度額、有効期間終期は転入前と同じです。

お手続きの際には、下記の証明書類も併せて御提出ください。

※加入している健康保険によって提出書類が変わります。

加入している健康保険	必要書類				
	転入前の都道府県で発行された特定疾患医療受給者証・登録者証のコピー(交付を希望する期間内のもの)	住民票の写しのコピー等(※)	健康保険証のコピー	被保険者の住民税の非課税証明書(課税されている場合は不要)	組合員全員の課税証明書
神奈川県内の市町村が発行する国民健康保険及び後期高齢者医療保険	○	○	○	×	×
被用者保険(協会けんぽ、健保組合、共済組合等勤務先の健康保険)	○	○	○	○	×
神奈川県認可の国民健康保険組合(同業者で作る健康保険。神奈川県建設連合国民健康保険組合など)	○	○	○	×	×
神奈川県認可以外の国民健康保険組合(同業者で作る健康保険。全国土木国民健康保険組合など)	○	○	○	×	○

※住民票の写し以外でも、新しい住所・氏名が記載された公的書類(運転免許証、国民健康保険及び後期高齢者被保険者証)のコピーでも構いません。