

記入例

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書兼小児慢性特定疾病登録者証交付申請書（新規・更新・変更）
 (※1)

受診者／要支援者	フリガナ	タカマツ ハナコ		年齢	〇〇 歳		生 年 月 日						
	氏 名	高松 花子			〇〇 歳		〇〇年 △△ 月 〇〇日						
	個 人 番 号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
	フリガナ	タカマツシ 〇〇マチ					電話番号	087-〇〇〇-△△△△					
住 所	〒 〇〇〇-××× 高松市〇〇町〇〇-〇												
加入医療保険	被保険者氏名	高松 太郎					受診者との続柄	父					
	お手持の保険証をご確認いただき記入してください。	保険種別	1 協会けんぽ 2 組合健保 3 共済 4 国保 5 国保組合 6 その他			被保険者等 記号・番号	135790 36						
		保 険 者 の 名 称	〇〇組合〇〇支部				保険者 番 号	01370014					
		所在地	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇-〇										
申請者(※2)	フリガナ	タカマツ タロウ	申請者は、原則として 受診者と同じ医療保険に加入している 「被保険者」です。				受診者との 続 柄	父					
	氏 名	高松 太郎											
	個 人 番 号	2	1	0	9	8	7	6	5	4	3	2	1
	フリガナ	受診者と異なる場合記入してください。					電話番号 (日中連絡の取 れやすい番号)	090-△△△△-□□□□					
住 所	〒												
該当する階層区分	生活保護 ・ 低所得 I		階層区分は記入不要です。					・ 上位所得					
自己負担上限月額 の特例 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着	<input type="checkbox"/>	高額かつ長期	<input type="checkbox"/>	世帯内按分特例	<input checked="" type="checkbox"/> 該当する場合のみ記入		重症患者認定				
今回申請する受診者と同じ加入医療保険内にある指定難病又は小児慢性特定疾病の 医療費助成対象者（申請者）(※3)	<input checked="" type="checkbox"/> 有					氏名 高松 一郎	難病・小慢		無				
氏名						難病・小慢							
疾病名	〇〇〇病 「医療意見書」の細分類病名を転記してください。												
受診を希望する 指定医療機関 (薬局、訪問看護事業 者等を含む)	医療機関名					所在地							
	〇〇病院					高松市〇〇町〇〇番〇〇号							
	△△薬局					高松市〇〇町〇〇番〇〇号							
	□□訪問看護ステーション					高松市〇〇町〇〇番〇〇号							
⇒指定医療機関記載欄が不足する場合は裏面に記入してください。													
受給者番号3(※4)						今回申請する受診者が指定難病の医療費 助成対象者の場合(申請中を含む)	<input checked="" type="checkbox"/> 有		・ 無				
指定難病の受給者番号	123456					登録者証申請(※5)	<input checked="" type="checkbox"/> 申請する		・ 申請しない				
小児慢性特定疾病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(※6、※7)	更新の場合は、原則記入不要です。					【上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、医療意見書の受領に時間を要したため、状態の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要した、 <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、 <input type="checkbox"/> その他							
	年 月 日					小児慢性特定疾病要支援者証明 事業(登録者証)についての 同意の有無を記入してください。							
上記のとおり、小児慢性特定疾病医療費の支給を申請 なお、申請に当たり、公簿等により私及び世帯員の所住 申請者氏名 高松 太郎 〇〇年 〇〇月 〇〇日 (宛先) 高松市長													

- (裏面に続く)
- ※1 新規・更新・変更のいずれかに○をしてください。
 - ※2 受診者本人と異なる場合に記入してください。受診者本人の場合は、本人と記載してください。
 - ※3 受診者と生計を一にする者とします。
 - ※4 更新又は変更の方のみ記入してください。
 - ※5 「申請する」を選択した場合、高松市がマイナンバーを用いた情報連携により、災害対策基本法による避難行動要支援者名簿等の作成事務において登録者情報を確認することがあります。
 - ※6 小児慢性特定疾病医療費の支給開始日は、指定医が疾病の状態の程度を満たしていると診断した日(ただし、遡り期間は、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))の同じ日までに遡って申請することが可能です。そのため、申請日にかかわらず、医療意見書に記載された診断年月日等、小児慢性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してください。
 - ※7 更新の場合は原則記入不要です。

受診者及び支給認定基準世帯員（受診者と同じ医療保険に加入する者）

世帯員氏名	受診者との続柄	生年月日	個人番号
高松 花子	受診者		
高松 太郎	父	〇〇年△△月□□日 (〇〇 歳)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
高松 一郎	兄	〇〇年△△月□□日 (〇〇 歳)	3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4
		受診者と同じ医療保険に加入している方全員記入してください。	
		個人番号（マイナンバー）の記載の必要な方 社会保険の方・・・受診者及び被保険者のみ記入してください。 国民健康保険の方・・・加入者全員の個人番号を記入してください。	
		(歳)	
		年 月 日 (歳)	
		年 月 日 (歳)	
		年 月 日 (歳)	
		年 月 日 (歳)	

●指定医療機関について（表面のつづき）

受診を希望する指定医療機関（薬局、訪問看護事業者等を含む）	医療機関名	所在地

決定年月日		認定 ・ 不認定	研究利用の同意	要 ・ 否	
有効期間	～			協会健保 組合健保 共済	
被保険者の 市民税所得割額	円	保護者の 合計所得金額	円	国保 国保組合	その他
自己負担上限額	円	生保	低I 低II	一般I 一般II	上位
自己負担上限額の特 例	人工呼吸器等装着	高額かつ長期	世帯内按分特例	小慢 難病	重症患者認定
旧受給者番号			新受給者番号		