

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（新規・更新・変更）

(※1)

受診者	フリガナ					生年月日					
	氏名			性別	男・女	年齢			歳	年月日	
	個人番号										
	フリガナ					電話番号					
	住所	〒									
加入医療保険	被保険者氏名								受診者との続柄		
	保険種別	1 協会けんぽ 2 組合健保 3 共済			被保険者証の記号・番号						
	被保険者証発行機関名								保険者番号		
	所在地										
申請者	フリガナ					受診者との続柄					
	氏名										
	個人番号										
	フリガナ					電話番号 (日中連絡の取れやすい番号)					
住所	〒										
該当する階層区分	生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 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 type="checkbox"/>	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)					有	氏名	難病・小慢		無		
						氏名	難病・小慢				
疾病名											
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・電話番号					
	⇒指定医療機関記載欄不足の場合は裏面に記載欄がありますので裏面に記載してください。 <span style="float:right">裏面あり</span>										
受給者番号(※3)					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)				有 ・ 無		
上記のとおり、小児慢性特定疾病医療費の支給を申請します。 なお、申請に当たり、公簿等により私及び世帯員の所得を確認されることに承諾します。							指定難病の受給者番号				
申請者氏名							印(※4)				
年 月 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○をすること。

※2 受診者本人と異なる場合に記入。

※3 更新または変更の方のみ記入。

※4 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとする。

決定年月日			認定・不認定	研究利用の同意	要・否	経過措置	原則
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				
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	特定	重症患者認定	
旧受給者番号			新受給者番号				

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
	本人	昭・平 年 月 日 ( 歳)	
		昭・平 年 月 日 ( 歳)	
		昭・平 年 月 日 ( 歳)	
		昭・平 年 月 日 ( 歳)	
		昭・平 年 月 日 ( 歳)	
		昭・平 年 月 日 ( 歳)	
		昭・平 年 月 日 ( 歳)	
		昭・平 年 月 日 ( 歳)	
		昭・平 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 ・ 電 話 番 号

〈受付担当者記入欄〉

職権確認			
申請方法	来所者	本人の個人番号 確認書類(写し可)	身元 確認書類
□ 窓口 □ 郵送	□ 本人 (戸 ・ )	□ 個人番号カード	1点のみ で確認 個・免・パ・住・外・身 ( )
	□ 法定代理人 □ 任意代理人 (続柄: )	□ 通知カード □ 住民票写 □ その他 ( )	2点確認 必要 受・保・年・住・学+診・キ・ク ( )
	□ 委任状 □ 健康保険証等 (申請者本人のもの)		□ 口頭確認

記入例

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書 (新規・更新・変更)

いずれかに○をつけてください。

医療を受ける方の氏名を記入してください

受診者	フリガナ	タカマツ ハナコ						生年月日									
	氏名	高松 花子						性別	男	・	女	年齢	○	歳	〇〇年△△月××日		
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2				
	フリガナ	タカマツシ〇〇〇マチ						電話番号						087-△△△-〇〇〇〇			
	住所	〒〇〇〇-××× 高松市〇〇〇町〇〇〇-〇						被保険者氏名						高松 太郎			
加入医療保険	被保険者氏名	高松 太郎						受診者との続柄						父			
	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			被保険者証の記号・番号						135790 36			
	被保険者証発行機関名	〇〇〇組合〇〇支部						保険者番号						01370014			
	所在地	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇〇-〇															
申請者	フリガナ	タカマツ タロウ						受診者との続柄						父			
	氏名	高松 太郎															
	個人番号	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4				
	住所	〒 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-△△△△-〇〇〇〇			
該当する階層区分	生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得						階層区分は記入不要です										
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 type="checkbox"/>	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い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)	有						氏名 高松 一郎						難病・小慢				
							氏名						難病・小慢				
疾病名	1型糖尿病						「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・電話番号										
	〇〇〇〇病院						高松市〇〇町〇〇〇番〇〇号 △△△-××××										
	□□□□薬局						高松市□□町□□□番□□号 △△△-××××										
	△△△△訪問看護ステーション						高松市△△町△△△番□□号 △△△-××××										
⇒指定医療機関記載欄不足の場合は裏面に記載欄がありますので裏面に記載してください。						裏面あり											
受給者番号(※3)	更新又は変更の方は記入						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)						有 ・ 無				
上記のとおり、小児慢性特定疾病医療費の支給を申請します。 なお、申請に当たり、公簿等により私及び世帯員の所得を確認されることに承諾します。						指定難病の受給者番号						0123456					
申請者氏名 高松 太郎 印						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。 単身赴任で「被保険者」が高松に住所を有しない場合は、児童を現に監護している父母のいずれかを記入してください。											
(宛先) 高松市長						〇〇年△△月□□日											
※1 新規・更新・変更のいずれかに○をすること。						※2											
※3 更新または変更の方のみ記入。						※4 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。											
決定年月日							認定・不認定						研究利用の同意				
有効期間	～						要・否						経過措置 原則				
被保険者の 市民税所得割額	円						保護者の 合計所得金額						円				
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	人工呼吸器等装着						高額かつ長期 世帯内按分特例						小慢 特定 重症患者認定				
旧受給者番号							新受給者番号										

指定医療機関の中から受診する医療機関をすべて記入してください。

更新又は変更の方は記入

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)

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。単身赴任で「被保険者」が高松に住所を有しない場合は、児童を現に監護している父母のいずれかを記入してください。

