

記入例(表)

※18歳以上の方は患者本人が申請者となります。申請先は患者本人の住所地を管轄する保健所です。

様式第1号(第2条関係)(用紙 日本産業規格A4縦型)

(表)

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書
(新規・更新・変更)

受給者番号

フリガナ シズオカ ハナコ 生年月日 令和△年4月5日

氏名 静岡 花子

(郵便番号 412-0039) 住所 御殿場市かまど000-0 御殿場総合庁舎アパート101号

1月1日現在の住所所在地(※1)

個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 □ 変更なし

加入医療保険 保険者名(称) ○○健康保険組合 保険種別 国保(組合)・協会
記号・番号(被保険者番号) 1234567 12 組合・共済
被保険者名 静岡 太郎 その他()

申請者(※2) フリガナ シズオカ タロウ 受診者との続柄 父・母・本人
氏名 静岡 太郎 受診者との続柄 父・母・本人
住所 (郵便番号) 電話番号 自宅 0550-xx-1222
(受診者の住所と同じ場合は、記入は不要です。) 携帯 090-xxxx-2222
個人番号 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 □ 変更なし

疾病の名称 ○○○病 指定難病の受給者番号

受療を希望する医療機関等(県外の医療機関等を含む) 区分 (該当する区分を○で囲んでください。) 医療機関等名 (支店名等がある場合は必ず記入してください) 所在地
○ 病院 診察所 薬局 訪問看護ステーション等 ○○○総合病院 静岡市葵区追手町○-△
○ 病院 診察所 薬局 訪問看護ステーション等 ○○○薬局 静岡市葵区追手町○○
○ 病院 診察所 薬局 訪問看護ステーション等 訪問看護ステーション○○○ 御殿場市かまど△△

負担上限額の特例
□ 高額治療継続者 小児慢性特定疾病に係る医療費総額が5万円を超えた月が年間6回以上ある場合(重症患者認定申告書及び自己負担上限額管理票等の写しが必要)
□ 重症患者認定該当者 重症患者認定基準に適合する場合(重症患者認定申告書が必要)
□ 人工呼吸器等装着者 人工呼吸器その他の生命の維持に欠くことができない装置を装着している場合(人工呼吸器等装着者証明書が必要)
□ 世帯内按分特例者 受診者が指定難病患者でもある場合又は裏面2に該当者がいる場合(当該医療費支給認定に係る受給者証の写しが必要)

小児慢性特定疾病医療費の支給を開始する日が適当と考えられる年月日(※3) 令和○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】
□ 医療意見書の受領に時間を要したため
□ 症状の悪化により、申請書類の準備や提出に時間を要したため
□ 大規模災害に被災したことにより、申請書類の提出に時間を要したため
□ その他

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。
令和○年△月xx日 静岡県御殿場保健所長 様

私は、小児慢性特定疾病に係る医療費助成の申請に当たり、提出した医療意見書データが小児慢性特定疾病等の治療研究等、慢性疾病にかかっている児童等の健全育成に資する調査及び研究を推進するための基礎資料として、研究に利用されることに同意します。

申請者署名 静岡 太郎

患者本人の健康保険証を見て、記入してください。

受給者番号は保健所が記入しますので空欄にしてください。

患者本人の個人番号を記入してください。

患者本人の保険証を見て、○で囲んでください。

患者本人が17歳以下の場合
➡ 申請者=被保険者
患者本人が18歳以上の場合
➡ 申請者=患者本人

18歳以上の方は患者本人が申請者となります。続柄は「本人」を○で囲んでください。

申請者の個人番号を記入してください。

指定難病の受給者証をお持ちの場合は、「受給者番号」を記入してください。

指定医の診断日または申請日の1か月前のいずれか遅い日を記入してください。
※やむを得ない場合は、最長3か月前まで遡り可

窓口に提出した日の日付を記載してください。

申請者のお名前を自筆で記載してください。

該当する場合は「レ点」を記入し、必要書類を提出してください。

裏面も忘れずご記入ください。

受療を希望する医療機関の記載について
○**県内外医療機関を問わず**、「病名」欄に記載した疾病で受療している医療機関を記入してください。
・複数の医療機関にかかっている場合は、全て記入してください。
・受療する予定がある医療機関についても記入してください。
・受療する医療機関を変更(追加・削除)するには変更手続きが必要になります。

記入例(裏)

(裏)

1 医療費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	続柄	1月1日現在の住所所在地(※1)	個人番号													□ 変更なし
			9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0		
1 静岡 太郎	父	御殿場市	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	□ 変更なし	
2 静岡 茶美	母	御殿場市	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	□ 変更なし	
3 静岡 花子	本人	御殿場市	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	□ 変更なし	
4 静岡 蜜柑	妹	御殿場市	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	□ 変更なし	
5															□ 変更なし	
6															□ 変更なし	
7															□ 変更なし	

患者と同じ医療保険に加入している方の個人番号を記入してください。

2 1に記載した世帯員に指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成対象者がいる場合は記入してください(現在申請中の者を含む)。

受給者氏名	種別(該当するものを○で囲んでください)	受給者番号
静岡 蜜柑	指定難病 ・ <u>小児慢性特定疾病</u>	3 4 5 6 7 8 9
	指定難病 ・ 小児慢性特定疾病	

同じ医療保険の世帯に指定難病または小児慢性の受給者がいる場合は記入し、必要書類を提出してください。

3 生活保護受給の有無について該当するものを○で囲んでください。 有 無

4 申請者の収入金額(※4)について記入し、収入がある場合は振込通知書等収入金額が分かるものの写しを提出してください。

収入の種類	1 年金	2 手当金	3 その他
	(障害・遺族・寡婦)	(特別児童扶養・障害・福祉)	(障害一時金・障害給付金・障害補償)
収入金額	円	円	円

提出する市町村民税課税証明書の市町村民税が0円の場合はご記入ください。

5 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

収入金額は、前年の収入を記入してください。

6 受療を希望する医療機関等(表面で書ききれなかった場合)

区分(該当する区分を○で囲んでください)			医療機関等名(支店名等がある場合は必ず記入してください)	所在地
病院診療所	薬局	訪問看護ステーション等		
病院診療所	薬局	訪問看護ステーション等		
病院診療所	薬局	訪問看護ステーション等		

表面に書ききれなかった場合に、記入してください。

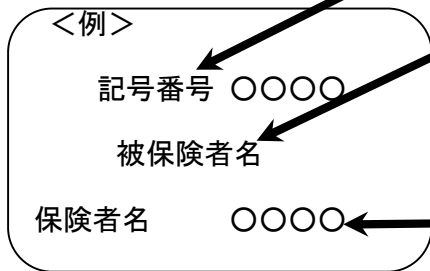
(注)

- ※1の1月1日現在の住所所在地は、1月から6月までに申請する場合は前年の1月1日在住の市区町村、7月から12月までに申請する場合は当年の1月1日在住の市区町村を記入してください。
- ※2の申請者は、受診者本人と異なる場合に記入してください。なお、受診者本人の場合は、氏名の欄に「本人」と記入してください。
- ※3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又は申請日から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)の日のいずれか遅い日を記入してください。なお、更新の場合は、原則記入不要です。
- ※4の収入金額は、1月から6月までに申請する場合は前々年の収入金額、7月から12月までに申請する場合は前年の収入金額を記入してください。収入金額がない場合は、0円と記入してください。

添付書類

- 小児慢性特定疾病指定医の診断書(医療意見書)
- 小児慢性特定疾病医療支援負担上限月額の算定のために必要な事項に関する書類
- 現に医療費支給認定を受けている場合は、当該医療費支給認定に係る医療受給者証

健康保険証について



記号と番号に分かれている場合とそうでない場合があります。

国保(組合)は、患者本人です。
組合・協会・共済の場合は、よく確認してください。

- 市、○○長 ⇒ 国保(組合)
- 国民健康保険組合 ⇒ 国保(組合)
- 健康保険組合 ⇒ 組合
- 全国健康保険協会○○支部 ⇒ 協会
- 共済組合 ⇒ 共済
- 上記以外 ⇒ その他