

(裏面)

| | | |
|-----------------------------------|--|---|
| 受診を希望する医療機関 (訪問看護事業所及び薬局を含む。) | | ①当該疾病について、治療等を受ける指定医療機関を記載してください。 ※意見書を記載した指定医療機関を必ず記載してください。 ②利用する調剤薬局を記載してください。 ③訪問看護事業所を利用する場合は、別に訪問看護用の申請書と指定医の指示書の写しの提出が必要です。 |
| 指定医療機関等 (病院・診療所・調剤薬局・訪問看護事業所名) | | 所在地 |
| 1 | | |
| 2 | (※ 1 には、小児慢性特定疾病医療意見書を記載した医療機関を記入してください) | |
| 3 | 上記のほか、小児慢性特定疾病指定医療機関に指定されている医療機関(所在地の記載は省略する。) | |
| 4 | | |
| 5 | | |
| 6 | | |
| 7 | | |
| 8 | | |
| 9 | | |
| 10 | | |

世帯調書

○住民票上の世帯全員について記載してください。

※住民票が別でも同じ医療保険に加入している方が他にいる場合は、その方も記載してください。

○生活保護受給者の方も記載してください。

| 世帯員氏名 | | 生年月日 | 受診者との続柄 | 住民票が別の 場合に○ | 加入医療保険種別と 被保険者・被扶養者の別 | 受診者と同じ 保険の加入 者に○ |
|-------|------------------|-------|-----------------------------|----------------|--|------------------------|
| 1 | ※受診者氏名を記載してください。 | | 受診者本人 | | 〔協会健保・健保組合・共済・国保・ 国保退職・後期高齢・国保組合・ その他・生保〕 被保険者・被扶養者 | ○ |
| 2 | 個人番号 | 年 月 日 | 父・母・兄・弟・姉・妹 祖父・祖母・その他() | | 〔協会健保・健保組合・共済・国保・ 国保退職・後期高齢・国保組合・ その他・生保〕 被保険者・被扶養者 | |
| 3 | 個人番号 | 年 月 日 | 父・母・兄・弟・姉・妹 祖父・祖母・その他() | | 〔協会健保・健保組合・共済・国保・ 国保退職・後期高齢・国保組合・ その他・生保〕 被保険者・被扶養者 | |
| 4 | 個人番号 | 年 月 日 | 父・母・兄・弟・姉・妹 祖父・祖母・その他() | | 〔協会健保・健保組合・共済・国保・ 国保退職・後期高齢・国保組合・ その他・生保〕 被保険者・被扶養者 | |
| 5 | 個人番号 | 年 月 日 | 父・母・兄・弟・姉・妹 祖父・祖母・その他() | | 〔協会健保・健保組合・共済・国保・ 国保退職・後期高齢・国保組合・ その他・生保〕 被保険者・被扶養者 | |
| 6 | 個人番号 | 年 月 日 | 父・母・兄・弟・姉・妹 祖父・祖母・その他() | | 〔協会健保・健保組合・共済・国保・ 国保退職・後期高齢・国保組合・ その他・生保〕 被保険者・被扶養者 | |
| 7 | 個人番号 | 年 月 日 | 父・母・兄・弟・姉・妹 祖父・祖母・その他() | | 〔協会健保・健保組合・共済・国保・ 国保退職・後期高齢・国保組合・ その他・生保〕 被保険者・被扶養者 | |
| 8 | 個人番号 | 年 月 日 | 父・母・兄・弟・姉・妹 祖父・祖母・その他() | | 〔協会健保・健保組合・共済・国保・ 国保退職・後期高齢・国保組合・ その他・生保〕 被保険者・被扶養者 | |
| 9 | 個人番号 | 年 月 日 | 父・母・兄・弟・姉・妹 祖父・祖母・その他() | | 〔協会健保・健保組合・共済・国保・ 国保退職・後期高齢・国保組合・ その他・生保〕 被保険者・被扶養者 | |
| 10 | 個人番号 | 年 月 日 | 父・母・兄・弟・姉・妹 祖父・祖母・その他() | | 〔協会健保・健保組合・共済・国保・ 国保退職・後期高齢・国保組合・ その他・生保〕 被保険者・被扶養者 | |