

【表面】

第1号様式(第2条関係)		受給者番号		疾患群	
小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書 (新規・変更)					
奈良県知事 殿		令和元 年 〇 月 〇 日			
下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。					
受診者	フリガナ	ナラ タロウ		性別	男
	氏名	奈良 太郎		年齢	12 歳
	個人番号	0 0 0 0 - 0 0 0 0 0 - 0 0 0 0 0		生年月日	平成18年 1 月 1 日
	住所	〒 6 3 4 - 0 0 0 0 0 フリガナ ナラケン カシハラシ 〇〇チョウ 〇〇 奈良県 橿原市〇〇町〇〇			
加入医療保険	保険種別	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			
	受診者との続柄	家族・本人 (国保・国保組合に加入の方又は本人が被保険者の方)			
	被保険者証の記号・番号	記号	999	番号	999999
	被保険者氏名	奈良 一郎			
被保険者証発行機関名 全国健康保険協会 〇〇県支部					
※申請者は原則として、受診者が加入している医療保険の被保険者(医療費支給認定保護者)になります。					
申請者(保護者)	フリガナ	ナラ イチロウ		受診者との関係	<input checked="" type="checkbox"/> 父
	氏名	奈良 一郎			<input type="checkbox"/> 母
	個人番号	-			<input type="checkbox"/> その他
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 受診者の住所と同じ <input type="checkbox"/> 受診者の住所と異なる(右に住所をご記載ください)			
電話番号	自宅	0000	-	0000	-
日中に連絡が取れる番号(今回の申請に関する連絡先) 受診者との関係 父・母・その他() 電話番号 0000 - 0000 - 0001					
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					
受給者証の送付先(希望するものに☑) <input checked="" type="checkbox"/> 受診者の住所 <input type="checkbox"/> 申請者の住所 <input type="checkbox"/> その他(宛名: 住所:〒)					
疾病名 成長ホルモン(GH)分泌不全性低身長症(脳の器質的要因によるものを除く)					
特例(該当の場合☑) <input type="checkbox"/> 重症患者認定 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器装着者 <input type="checkbox"/> 高額かつ長期 <input type="checkbox"/> 血友病					
受診者以外で、同じ世帯内に小児慢性特定疾病医療費助成を受けている方はいますか(該当するものに☑) (申請中のものも含む) <input type="checkbox"/> いない <input checked="" type="checkbox"/> いる(以下に氏名と受給者番号をご記載ください) ※受給者証の写しの提出が必要です。					
氏名 奈良 花子 受給者番号 9 9 9 9 9 9 9 9 9					
受診者を含め、同じ世帯内に特定医療費助成を受けている方はいますか(該当するものに☑) (申請中のものも含む) <input checked="" type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる(以下に氏名と受給者番号をご記載ください) ※受給者証の写しの提出が必要です。					
氏名 受給者番号					
小児慢性特定疾病に係る医療費助成申請における医療意見書の研究等への利用についての同意					
厚生労働大臣 殿					
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が小児慢性特定疾病等の治療研究等、小児慢性特定疾病に係る研究及び政策を立案するための基礎資料として利用されることに同意します。					
令和元 年 〇 月 〇 日					
申請者氏名 奈良 一郎 印					
(自署又は記名押印)					
保健所使 受付印					
※整理欄 階層区分					
<input type="checkbox"/> 個人番号確認 <input type="checkbox"/> その他収入なし					

新規で申請される場合は、「新規」、変更の申請の場合は、「変更」に○をつけてください。

住民票に記載されている住所を省略せずに記載してください。住民票にマンション名等の記載が無い場合は、マンション名等を記載してください。

受診者が加入する医療保険の保険証を確認し、記載してください。

申請者(保護者)は、原則として受診者が加入する医療保険の被保険者となります。 ※国保・国保組合の場合は、一番所得が多い保護者となります。 ※受診者が就職等で被保険者となった場合も、申請者は保護者となります。

申請等に関して、日中に連絡が取れる方の電話番号を記載してください。

受給者証の送付を希望される住所を選択してください。

医療意見書の病名をそのまま記載してください。

特例に該当する場合は、☑を入れてください。

同一医療保険世帯の中に、小児慢性特定疾病又は指定難病で医療費助成を受けている方がいる場合、いるを☑し、氏名、受給者番号を記載してください。

小児慢性特定疾病等の治療研究についての基礎資料として利用されることに同意いただける場合は、署名をお願いします。なお、同意の有無に関係なく、小児慢性特定疾病医療費助成を受けていただくことができます。

【裏面もご記入ください】

【裏面】

(裏面)

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。

医療意見書を記載された指定医療機関を記載してください。

指定医療機関等 <small>(病院・診療所・調剤薬局・訪問看護事業所名)</small>		所在地
1	〇〇病院	檜原市〇〇町〇〇
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	
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

必ず医療機関の住所も記載してください。

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。

1には、受診者の氏名を記入してください。

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 奈良 太郎 <small>※受診者氏名を記載してください。</small>		受診者本人		協会健康保険組合・共済・国保・国保退職・後期高齢者・国保組合・その他・生保	○
2 奈良 一郎 個人番号	昭和40年〇月〇日	父・母・兄・弟・姉・妹 祖父・祖母・その他()		被保険者・被扶養者 協会健康保険組合・共済・国保・国保退職・後期高齢者・国保組合・その他・生保	○
3 奈良 鹿子 個人番号	昭和43年〇月〇日	父・母・兄・弟・姉・妹 祖父・祖母・その他()		被保険者・被扶養者 協会健康保険組合・共済・国保・国保退職・後期高齢者・国保組合・その他・生保	
4 奈良 次郎 個人番号	平成11年〇月〇日	父・母・兄・弟・姉・妹 祖父・祖母・その他()	○	被保険者・被扶養者 協会健康保険組合・共済・国保・国保退職・後期高齢者・国保組合・その他・生保	○
5 奈良 花子 個人番号	平成22年〇月〇日	父・母・兄・弟・姉・妹 祖父・祖母・その他()		被保険者・被扶養者 協会健康保険組合・共済・国保・国保退職・後期高齢者・国保組合・その他・生保	○
6 個人番号	年 月 日	父・母・兄・弟・姉・妹 祖父・祖母・その他()		被保険者・被扶養者 協会健康保険組合・共済・国保・国保退職・後期高齢者・国保組合・その他・生保	
7 個人番号	年 月 日	父・母・兄・弟・姉・妹 祖父・祖母・その他()		被保険者・被扶養者 協会健康保険組合・共済・国保・国保退職・後期高齢者・国保組合・その他・生保	
8 個人番号	年 月 日	父・母・兄・弟・姉・妹 祖父・祖母・その他()		被保険者・被扶養者 協会健康保険組合・共済・国保・国保退職・後期高齢者・国保組合・その他・生保	
9 個人番号	年 月 日	父・母・兄・弟・姉・妹 祖父・祖母・その他()		被保険者・被扶養者 協会健康保険組合・共済・国保・国保退職・後期高齢者・国保組合・その他・生保	
10 個人番号	年 月 日	父・母・兄・弟・姉・妹 祖父・祖母・その他()		被保険者・被扶養者 協会健康保険組合・共済・国保・国保退職・後期高齢者・国保組合・その他・生保	

受診者と同じ医療保険に加入する方に○をつけてください。

受診者と同じ医療保険に加入されている方で、住民票が別の方がいる場合、その方を記載のうえ、○をつけてください。