

受給者番号

小児慢性特定疾病 訪問看護利用届

奈良県知事 殿

次のとおり、小児慢性特定疾病にかかる訪問看護利用の届出を行います。

年 月 日

受診者	フリガナ							生年月日				
	氏名							性別	男・女	年齢	歳	年 月 日
	住所	〒						電話(自宅)				
		フリガナ	奈良県									
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	本人・家族				
申請者	申請者は、原則として医療費支給認定保護者（受診者が加入している医療保険の被保険者）になります。											
	フリガナ							受給者との関係	本人・家族（ ）			
	氏名							印	電話(自宅)			
	住所	〒						携帯電話				
訪問看護ステーション記載欄	病名											
	訪問看護指示医療機関名											
	主治医氏名											
	訪問看護指示期間	年 月 日から			年 月 日まで							
	上記、医療機関（主治医）の指示にもとづき、小児慢性特定疾病支給認定者(受診者)の訪問看護を実施します。											
	年 月 日 (所在地) (電話番号) (訪問看護ステーション名) (訪問看護ステーション管理者名) 印 (医療機関コード)											

保健所受付印

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書に添付してください。

※現在お持ちの医療受給者証に記載された医療機関からの訪問看護指示書を一緒に提出してください。

医療受給者証に記載されていない医療機関での医療について公費負担はできません。