

(表)

記載例

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

年 月 日

次のとおり小児慢性特定疾病医療費の支給を申請します。

フリガナ	ナラ タロウ	年齢	14 歳	平成
氏名	奈良 太郎			
個人番号	0 0 0 0 - 0 0 0 0 0 - 0 0 0 0 0			
住所	フリガナ ナラケン カシハラシ トキワチョウ 605-1 〒(634 - 0003) 奈良県 橿原市常盤町605-1			
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		
	受診者との続柄	家族・本人 (保険種別が国保・国保組合の場合又は本人が被保険者の場合)		
	被保険者証の記号・番号	記号 111111	番号 111	
	被保険者氏名	奈良 花子		
	被保険者証発行機関名	全国健康保険協会 奈良支部		

受診される方の「氏名、年齢、生年月日、個人番号、住所」「保険証の記載事項」を記載してください。

※受診者が18歳未満の場合の申請者は、原則として、受診者が加入している医療保険の被保険者です。

フリガナ	ナラ イチロウ	受診者との関係	<input checked="" type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 本人
氏名	奈良 一郎		
個人番号	1 1 1 1 - 1 1 1 1 - 1 1 1 1 1		
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)	フリガナ 〒(-) 奈良県	
電話番号	自宅 0744 - 20 - 0000 日中に連絡が取れる番号 (全国申請に関する連絡先) 受診者との関係 父(母) 電話番号 080 - 1234		

申請者は、原則として受診者の方が加入する医療保険の被保険者です。
※国保・国保組合の場合は、同一の医療保険に加入する一番所得が多い方です。
※受診者が18歳以上の場合は、原則受診者です。

新規申請の場合は記載不要です

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 申請者あて (希望するものに☑) その他(宛名: 住所:〒(-))

医療意見書の疾病名をそのまま記載してください。

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)

小児慢性特定疾病医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日 令和5年10月1日

【左記の欄が申請日から1か月以上前の年月日となる場合、該当する理由を記載してください。】
 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提出が遅れたこと
 大規模災害に被災したことにより、申請書類の提出が遅れたこと
 その他()

申請の手引きをご確認の上、支給開始日と考えられる日を記載してください。

特例 (該当の場合☑)
 重症患者認定 人工呼吸器等装着者
 高額かつ長期 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 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	0 1 2 3 4 5 6
氏名		受給者番号	
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 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。

年 月 日 申請者氏名

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(受診者本人を含む)で医療費助成を受けている方が居る場合は、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について利用されることに同意いただける場合は、署名(申請者氏名)を記載してください。
 なお、同意の有無は、小児慢性特定疾病医療助成の認定には、影響はありません。

(裏)

受診を希望する 医療機関	指定医療機関名	所在地
	〇〇病院	榎原市〇〇町〇〇

世帯調査

○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。

医療意見書を作成した医療機関を記載してください。

世帯員氏名	生年月日	受診者との続柄	場合に○	被保険者・被扶養者の別	
				○	○
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		被保険者・被扶養者 (協会健保・健保組合・共済・国保・ 国民退職・後期高齢・国保組合・ その他・生保)	○
2 奈良 一郎	昭和〇〇年〇月〇日	父・母・兄・弟・姉・妹 祖父・祖母・その他()		被保険者・被扶養者 (協会健保・健保組合・共済・国保・ 国民退職・後期高齢・国保組合・ その他・生保)	○
個人番号 1 1 1 1 - 1 1 1 1 - 1 1 1 1					
3 奈良 鹿子	昭和〇〇年〇月〇日	父・母・兄・弟・姉・妹 祖父・祖母・その他()		被保険者・被扶養者 (協会健保・健保組合・共済・国保・ 国民退職・後期高齢・国保組合・ その他・生保)	○
個人番号 2 2 2 2 - 2 2 2 2 - 2 2 2 2					
4 奈良 花子	年 月 日	父・母・兄・弟・姉・妹 祖父・祖母・その他()		被保険者・被扶養者 (協会健保・健保組合・共済・国保・ 国民退職・後期高齢・国保組合・ その他・生保)	○
個人番号 3 3 3 3 - 3 3 3 3 - 3 3 3 3					
5	年 月 日	父・母・兄・弟・姉・妹 祖父・祖母・その他()		被保険者・被扶養者 (協会健保・健保組合・共済・国保・ 国民退職・後期高齢・国保組合・ その他・生保)	
個人番号					
6	年 月 日	父・母・兄・弟・姉・妹 祖父・祖母・その他()		被保険者・被扶養者 (協会健保・健保組合・共済・国保・ 国民退職・後期高齢・国保組合・ その他・生保)	
個人番号					
7	年 月 日	父・母・兄・弟・姉・妹 祖父・祖母・その他()		被保険者・被扶養者 (協会健保・健保組合・共済・国保・ 国民退職・後期高齢・国保組合・ その他・生保)	
個人番号					
8	年 月 日	父・母・兄・弟・姉・妹 祖父・祖母・その他()		被保険者・被扶養者 (協会健保・健保組合・共済・国保・ 国民退職・後期高齢・国保組合・ その他・生保)	
個人番号					
9	年 月 日	父・母・兄・弟・姉・妹 祖父・祖母・その他()		被保険者・被扶養者 (協会健保・健保組合・共済・国保・ 国民退職・後期高齢・国保組合・ その他・生保)	
個人番号					
10	年 月 日	父・母・兄・弟・姉・妹 祖父・祖母・その他()		被保険者・被扶養者 (協会健保・健保組合・共済・国保・ 国民退職・後期高齢・国保組合・ その他・生保)	
個人番号					

住民票上の世帯員及び受診者と同一の医療保険に加入している方全員について、記載してください。