

該当箇所に○を付けて下さい

新規・更新・変更

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書

受給者番号

受診者	フリガナ	コウチ イチロウ		性別	生年月日	
	氏名	高知 一郎		男・女	〇〇年 10月 1日 ( 14 歳)	
	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2				
	住所	〒780-1234 〇〇市△△町1丁目2番3号		電話	(自宅又は勤務先) 088-823-1234 (携帯) 090-1234-5678	
	加入医療保険	被保険者氏名	高知 太郎		受診者との続柄	父
	保険種別	国保・協会健保・共済・健組 国保組合・船員・生保		被保険者証の記号・番号	1234567・890	
	被保険者証発行機関名	全国健康保険協会 高知支部				
申請者	フリガナ	コウチ タロウ		電話	(自宅又は勤務先) 088-823-1234 (携帯) 090-1234-5678	
	氏名	高知 太郎		対象児から見た続柄を記入 父		
	個人番号	9876 5432 1098				
	住所	受診者の住所と異なる場合に記入		対象児の加入している医療保険の被保険者(高知市在住)を記入 ※ただし、被保険者の住民票が高知市外にある場合は、高知市に住民票のある保護者を記入		
疾病名	甲状腺機能亢進症(バセドウ(Basedow)病を除く)			医療意見書の診断名(細分類名 ※複数疾病で申請の場合は診断名すべて)を記入		
受診を希望する指定医療機関(薬局・訪問看護事業者等を含む)	医療機関名		所在地			
	〇〇クリニック 高知△△病院 □□薬局☆☆店		高知市〇〇町1番地 088-888-8888 高知市△△町3-2-1 088-777-7777 高知市☆☆町1-2-3 088-666-6666			
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					
自己負担上限月額特例(該当する場合は○)	重症患者認定・高額治療継続・人工呼吸器等装着・世帯内按分特例					
今回申請する受診者が指定難病の医療費助成対象者の場合(申請中を含む)	自己負担上限月額特例について、該当するものがなければ、○をしなくてかまいません。		同一人としてください		有(指定難病受給者番号) ○ 無	
小児慢性特定疾病の医療費助成対象者(申請中の者を含む)	氏名		氏名		□指定難病 □小児慢性特定疾病	
※対象者がいる場合は該当する医療助成に○を入れ、受給者証の写しを添付してください。	氏名		氏名		□指定難病 □小児慢性特定疾病	
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。なお、支給認定員の市県民課税状況、医療保険加入状況および治療内容について確認することを						
〇〇年 6月 30日						
申請者氏名				高知 太郎 (高知) (※3参照)		
高知市長様						

※1 受診者本人と異なる場合に記入。

※2 受診者と生計を一にする者(同じ保険に加入している者)とする。

※3 申請者氏名については保護者(原則に被保険者)の記名押印または自筆による署名とする。

裏面にも記入してください

高知市使用欄	保険証写	窓口( )	郵送
個人番号確認	個力・通力	受給者( )	H 28 . .
身元確認	(1点確認) 運免・個力・住		H 28 . .
	(2点確認) 保証・印証		被用者非課税
認定所得	A・B1・B2・C1・C2・D		

記入不要

