

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書(新規)

(表面)

申請種別	新規・転入()	患者負担区分 (※行政記入欄)	血友病・生保・低I・低II・一般I・一般II・上位・境界 (@) (A) (B1) (B2) (C1) (C2) (D) 層該当	MN 有無	
公費負担者番号(※行政記入欄)	受給者番号(記入不要)	承認期間(※行政記入欄)			
5 2 2 8 8 0 1 6 7 0 1 8		. . ~ . .			
疾病名		成長ホルモン 治療	有・無	他疾病における 受給の有無	
			有・無	有・無	
受診者	フリガナ		生年月日	平成 年 月 日	
	氏名				
	住所	〒 - (TEL① - -) (TEL② - -)			
	加入医療保険	フリガナ 被保険者氏名 □ 受診者に同じ(国保・国保組合・その他に加入の方)	受診者との続柄		
	保険者名 (例:〇〇組合、〇〇市)	被保険者証の記号番号			
	保険種別	被用者保険(健保協会・健保組合・共済組合)・国民健康保険・国保組合・その他()・生活保護			
申請者※	フリガナ		受診者との続柄		
	氏名				
	住所	〒 - (TEL - -)			
↑※ 受診者本人と異なる場合に記入。なお、受診者本人の場合は本人と記載する。					
指定医療機関 (医療意見書)	※上記の疾病の治療で利用する「指定医療機関」のうち、医療意見書を記載した医療機関1箇所を記載してください。				
	名称		TEL		
	所在地				
特例等	A 重症患者 認定	重症患者認定基準に該当する者		今回申請 する・しない	どちらかを○で 囲んで下さい
	B 人工呼吸 器装着等	持続的に常時、生命維持装置を装着しており、日常生活が著しく制限されている者		今回申請 する・しない	どちらかを○で 囲んで下さい
	C 高額かつ 長期	難病治療にかかる月ごとの医療費総額(保険適応分に限り)が5万円を超える月が年間6回以上ある者(※小児慢性特定疾病医療支援認定を受けていた期間の医療費のみが対象)		今回申請 する・しない	どちらかを○で 囲んで下さい
	D 按分	※受診者と同じ医療保険(記号番号も同じ)に加入する世帯員(16歳未満含む)のうち、指定難病又は小児慢性特定疾病の受給者証の交付を受けている者の有無		有・無	どちらかを○で 囲んで下さい
	有の場合	難病・小児 フリガナ氏名	病名	※告示番号	受給者番号
※行政記入欄	市町民税所得割額 合計	円	自己負担上限月額	円	
※送付先が受診者の住所と異なる場合のみ、記載してください	(受診者住所以外) 〒 送付先住所 あて名	様(続柄:)			

【注意事項】

- ・認定された場合、書類一式を提出の上、**健康福祉事務所(保健所)にて受理された日**が医療費助成の開始日となります。
- ・受診者住所以外の送付先については、申請の都度、記載いただく必要があります。
- ※裏面にも記載項目がありますので、もれが無いようご記入ください。

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書(新規) (裏面)

受診者と同じ医療保険(記号番号も同じ)に加入する16歳以上の方の氏名等を以下に記載してください。

※ 社会保険(健康保険組合、共済組合、全国健康保険協会等)に加入の場合は、受診者と被保険者の方のみ記載してください。

※ 国民健康保険組合(業種別国保)にご加入の場合は、受診者と同じ医療保険(記号番号も同じ)に加入する方全員(16歳未満の方も含む)の氏名等を記載してください。

※ 情報連携に必要ですので、氏名の漢字やフリガナ等も含めて、支給認定基準世帯員全員の情報を、もれなく正確に記載して下さい。

フリガナ	性別	続柄	生年月日	ア:現住所(※郵便番号、県・市区町村名まで記載) (受給者と住民票が異なる場合のみ記載)		
				イ:令和 年1月1日時点の住所地 (課税情報の照会先。現住所と異なる場合のみ記載)		
				ウ:住民登録外課税ありの場合の居住地		
受診者		本人 (再掲)	平成 令和 年 月 日	(ア現住所): 〒	(イ令和 年1月) 〒	(ウ住民登録外課税地) 〒
カナ 申請者			明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日	(ア現住所): 〒	(イ令和 年1月) 〒	(ウ住民登録外課税地) 〒
カナ 氏名			明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日	(ア現住所): 〒	(イ令和 年1月) 〒	(ウ住民登録外課税地) 〒
カナ 氏名			明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日	(ア現住所): 〒	(イ令和 年1月) 〒	(ウ住民登録外課税地) 〒
カナ 氏名			明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日	(ア現住所): 〒	(イ令和 年1月) 〒	(ウ住民登録外課税地) 〒
※行政記入欄	患者負担区分		課税状況	非課税 ・ 課税	(市町民税所得割額 合計)	

◆ 医療意見書の研究利用についての同意内容 ◆

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別紙<医療意見書の研究利用に関するご説明>のとおり、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。

○別紙<医療意見書の研究利用についてのご説明>について

※掲載場所URL: <https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf16/syounishinsei.html>

(兵庫県ホーム >暮らし・教育 >健康・福祉 >難病 >小児慢性特定疾病の医療費助成制度の申請手続きについて)

上記のとおり、医療意見書の研究利用について同意し、医療受給者証の交付を申請します。

兵庫県知事様

令和 年 月 日

申請者氏名

(受診者との続柄:)