

(表)

記載例

受給者番号					疾患群

新規申請の場合は記載不要です。

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書兼小児慢性特定疾病登録者証申請書(新規・変更)

奈良県知事 殿 令和●年●月●日
次のとおり小児慢性特定疾病医療費の支給(及び小児慢性特定疾病登録者証の交付)を申請します。

受診者	フリガナ	ナラ タロウ			生年月日	
	氏名	奈良 太郎			年齢	●● 歳
	個人番号	0 0 0 0 - 0 0 0 0 - 0 0 0 0				
	住所	ナラケン ナラシ ノボリオオジチョウ 〒(630 - 8501) 奈良県 奈良市登大路町30番地				
	加入医療保険	保険種別	協会健保・健保組合・共済・国保・国保組合・その他・生保			
		受診者との続柄	家族・本人			
記号・番号		記号	111111	番号	111	
被保険者氏名		奈良 一郎				
保険者	全国健康保険協会 奈良支部					

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、同一医療保険に加入する一番所得が多い方です。
※受診者18歳以上の場合は、原則受診者です。

※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。

申請者	フリガナ	ナラ イチロウ			受診者との関係	<input checked="" type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他()
	氏名	奈良 一郎			(該当するものに☑)	
	個人番号	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	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	090 - 0000 - 0000	
			父・母 その他()	電話番号	0742 - 00 - 0000	

日中つながる番号を記入してください。

医療意見書に記載された疾病名を記入してください。複数ある場合は全ての疾病名を記入してください。

受給者証の送付先(希望するものに☑)	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者あて <input type="checkbox"/> その他(宛名: 住所: 〒(-))
--------------------	--

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。

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●年●月●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、該当する理由に☑】	<input type="checkbox"/> 医療意見書の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 症状の悪化により、申請書類の準備や提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> 大規模災害に被災したことにより、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他()

各種特例については、申請の手引きをご覧ください。

特例(該当の場合☑)	<input type="checkbox"/> 重症患者認定 <input type="checkbox"/> 高額かつ長期	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着者 <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	0 0 0 0 0 0 0 0
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 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	

医療保険上の同一世帯内に小児慢性特定疾病又は指定難病(受診者本人含む)で医療費助成を受けている方がいる場合は、氏名・受給者番号を必ず記載ください。

小児慢性特定疾病登録者証	<input checked="" type="checkbox"/> 申請する <input type="checkbox"/> 申請しない
--------------	---

保健所使用欄	
受付印	整理欄
	<input type="checkbox"/> 個人番号確認 階層区分
	<input type="checkbox"/> その他収入なし 【住・課・保】

【裏面もご記入ください】

(裏)

医療意見書を記載された医療機関	指定医療機関名	所在地
	●●●病院	奈良市●●●町●●●-●●

医療意見書を記載した医療機関をご記入ください。

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。

※※ 申請日が1~6月の場合は前年の、7~12月の場合は当年の1月1日時点の住所(市町村民税の課税地)を記載してください。

住民票上の世帯全員(受給者本人含む)について記載してください。

世帯員氏名	生年月日	受診者との続柄	加入医療保険種別と被保険者・被扶養者の別	住民票が別の場合に○	受診者と同じ保険の加入者に○	情報連携により省略する書類に○
受診者 奈良 太郎	平成●●年●●月●●日	受診者本人	協会健保・健保組合・共済・国保 国保組合・その他・生保 被保険者・被扶養者		○	住民票 (非)課税証明書 加入医療保険情報
申請者 奈良 一郎	昭和●●年●●月●●日	父・母・兄・弟 姉・妹・祖父・祖母 その他()	協会健保・健保組合・共済・国保 後期高齢・国保組合・その他・生保 被保険者・被扶養者			住民票 (非)課税証明書 加入医療保険情報
奈良 鹿子	昭和●●年●●月●●日	父・母・兄・弟 姉・妹・祖父・祖母 その他()	協会健保・健保組合・共済・国保 後期高齢・国保組合・その他・生保 被保険者・被扶養者			住民票 (非)課税証明書 加入医療保険情報
奈良 花子	平成●●年●●月●●日	父・母・兄・弟 姉・妹・祖父・祖母 その他()	協会健保・健保組合・共済・国保 後期高齢・国保組合・その他・生保 被保険者・被扶養者			住民票 (非)課税証明書 加入医療保険情報
世帯員	年 月 日	父・母・兄・弟 姉・妹・祖父・祖母 その他()	協会健保・健保組合・共済・国保 後期高齢・国保組合・その他・生保 被保険者・被扶養者			住民票 (非)課税証明書 加入医療保険情報
世帯員	年 月 日	父・母・兄・弟 姉・妹・祖父・祖母 その他()	協会健保・健保組合・共済・国保 後期高齢・国保組合・その他・生保 被保険者・被扶養者			住民票 (非)課税証明書 加入医療保険情報
世帯員	年 月 日	父・母・兄・弟 姉・妹・祖父・祖母 その他()	協会健保・健保組合・共済・国保 後期高齢・国保組合・その他・生保 被保険者・被扶養者			住民票 (非)課税証明書 加入医療保険情報
世帯員	年 月 日	父・母・兄・弟 姉・妹・祖父・祖母 その他()	協会健保・健保組合・共済・国保 後期高齢・国保組合・その他・生保 被保険者・被扶養者			住民票 (非)課税証明書 加入医療保険情報

情報連携の際に必要な情報となりますので1月1日時点の住所地を記載してください。現在の住所と異なる場合、枠内に市区町村名までを記載してください。

情報連携による省略する書類に○をつけてください。原則情報連携が基本となりますが、情報連携ができない/希望しない場合は、申請の手引きをご確認のうえ必要書類を添付してください。

それぞれの世帯員の加入医療保険種別、被保険者・被扶養者の別について○をつけてください。

別添「小児慢性特定疾病の医療費助成・登録者証の申請における医療意見書情報の研究等への利用についての同意に係る説明書」をお読みください。同意する場合は記名してください。同意しない場合でも、認定にかかる審査において不利になることはありません。

小児慢性特定疾病の医療費助成・登録者証の申請における医療意見書情報の研究等への利用についての同意欄

厚生労働大臣 殿 年 月 日

私は、「小児慢性特定疾病の医療費助成・登録者証の申請における医療意見書情報の研究等への利用について」を読み、小児慢性特定疾病の医療費助成又は登録者証の申請に当たり提出した医療意見書の情報が、① 厚生労働省のデータベースに登録されること、② 研究機関等の第三者に提供され、小児慢性特定疾病に関する創薬の研究開発等に利用されることに同意します。

住所: _____ 患者署名: _____

※患者が未成年又は成年被後見人等の理由により、本人に代わって代理人が同意する場合は、可能な限り本人にも確認したうえで、以下に署名してください。

代理人署名: _____