

(表)

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兼小児慢性特定疾病登録者証申請書(転入)

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(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							年齢	歳	生 年 月 日		
	氏名									年 月 日		
	個人番号				-							
	住所	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・国保組合・その他・生保									
		受診者との続柄	家族・本人									
		記号・番号	記号					番号				
		被保険者氏名										
		保険者										

※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							受診者との関係 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他()		
	氏名										
	個人番号				-						
	住所 (該当するものに☑)	<input 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	-	-					
			父・母 その他()	電話番号	-	-					
受給者証の送付先 (希望するものに☑)	<input type="checkbox"/> 申請者あて <input type="checkbox"/> その他(宛名: 住所: 〒(-))										
疾病名											
転入元の都道府県名 政令指定都市名											
特例 (該当の場合 ☑)	<input type="checkbox"/> 重症患者認定					<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着者					
	<input type="checkbox"/> 高額かつ長期					<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					
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					

小児慢性特定疾病登録者証	申請する	・	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

【裏面もご記入ください】

【住・課・保】

(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

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。

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		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
	※受診者氏名を記載してください。		1月1日時点の住所地 ^{※※} 現在の住所と同じ □ 現在の住所と異なる場合	{ 都・道 府・県 }	{ 市・区 町・村 }		
申請者	フリガナ	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
	※受診者と申請者が同一の場合は記載不要		年 月 日				
個人番号				1月1日時点の住所地 ^{※※} 受診者と同じ □ 受診者と異なる場合	{ 都・道 府・県 }	{ 市・区 町・村 }	
世帯員	フリガナ	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
	個人番号			1月1日時点の住所地 ^{※※} 受診者と同じ □ 受診者と異なる場合	{ 都・道 府・県 }	{ 市・区 町・村 }	
	フリガナ	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
	個人番号			1月1日時点の住所地 ^{※※} 受診者と同じ □ 受診者と異なる場合	{ 都・道 府・県 }	{ 市・区 町・村 }	
	フリガナ	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
	個人番号			1月1日時点の住所地 ^{※※} 受診者と同じ □ 受診者と異なる場合	{ 都・道 府・県 }	{ 市・区 町・村 }	
	フリガナ	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
	個人番号			1月1日時点の住所地 ^{※※} 受診者と同じ □ 受診者と異なる場合	{ 都・道 府・県 }	{ 市・区 町・村 }	
	フリガナ	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
	個人番号			1月1日時点の住所地 ^{※※} 受診者と同じ □ 受診者と異なる場合	{ 都・道 府・県 }	{ 市・区 町・村 }	

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: _____