

情報連携する (※1)

情報連携しない

受給者番号 (※2)

小児慢性特

情報連携する

費支給認定申請書 (新規)・更新・変更 (※3)

受診者	ふりがな	みえ いちろう		生年月日	▲▲年 ▲▲月 ▲▲日	年齢	▲▲ 歳
	氏名	三重 一郎					
	住所	〒 ▲▲▲ - ▲▲▲▲ 三重県〇〇市〇〇町▲▲番地					
	個人番号	▲ ▲ ▲ ▲	▲ ▲ ▲ ▲	▲ ▲ ▲ ▲	▲ ▲ ▲ ▲		
加入医療保険 <input type="checkbox"/> 前回申請時 と同じ	被保険者証 発行機関名	全国健康保険協会 〇〇支部					
	被保険者証の 記号・番号	▲▲▲▲ ▲▲▲▲		保険種別 (※4)	国保・国組 被(本人)・被(家族) 生保・その他 ()		
	ふりがな	みえ たろう		受診者 との続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	被保険者氏名	三重 太郎					
申請者 (保護者) (※5)	ふりがな	みえ たろう		受診者 との関係	<input checked="" type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母		
	氏名	三重 太郎			<input type="checkbox"/> その他 ()		
	住所	〒 同上					
	個人番号	▲ ▲	受診者と同一の場合は同上と記入		電話	(自宅) ●●●●-●●-●●●●	(中) ●●●-●●●●-●●●●
疾患区分 (※6)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	疾病名 (診断名)	医療意見書をご覧になって記載し てください。			〇〇〇〇病	
自己負担上限額 の特例 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/>	高額かつ長期 (※7)		<input type="checkbox"/>	重症患者認定 (※8)		
	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着 (※9)		<input type="checkbox"/>	先天性血液凝固因子障害等 (血友病等)		
受診を希望する 指定医療機関 <input type="checkbox"/> 前回申請時 と同じ	名称		所在地				
	受診を希望する指定医療機関(病院・診療所、薬局、訪問看護事業者等)について記入 * 受給者証に記載しない病院・診療所・薬局・訪問看護ステーション・介護医療院についても、						
診断年月日	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っている場合、その理由】 <input type="checkbox"/> 医療意見書の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 症状の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他 ()					
登録者(証)情報 (※10)	<input checked="" type="checkbox"/>	連携する		<input type="checkbox"/>	連携しない		受付欄
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。 令和 ▲年 ▲月 ▲▲日							
申請者(保護者)氏名 三重 太郎 (※11)				三重県知事 あて			

医療意見書の研究利用についての同意をされる方は、別添「医療意見書の研究利用に関するご説明」をご確認いただき、以下に署名をお願いします。

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。

令和 ▲年 ▲月 ▲▲日

患者氏名 三重 一郎

代理人氏名 三重 太郎

厚生労働大臣 あて

患者が未成年(18歳未満)の

※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、以下も記名してください。

※1 該当者全員の個人番号を記載いただき、「情報連携する」にチェックすることで、市町村民税所得課税証明書の提出を省略できます。

※2 更新の方のみ記入をしてください。 ※3 新規・更新・変更のいずれかに○をしてください。

裏面も記載してください

