

(裏面)

- ※4 「国保」は国民健康保険、「国組」は国民健康保険組合、「被(本人)」は被用者保険(受診者が被保険者)「被(家族)」は被用者保険(受診者以外が被保険者)(例:組合管掌健康保険、全国健康保険協会管掌健康保険、地方職員共済組合等)、「生保」は生活保護の略です。
- ※5 成年患者が更新申請を行う場合は、受診者との関係は「その他(本人)」とし、電話番号以外の項目は「同上」とすることができます。
- ※6 悪性新生物は「01」、慢性腎疾患群は「02」、慢性呼吸器疾患群は「03」、慢性心疾患群は「04」、内分泌疾患群は「05」、膠原病は「06」、糖尿病は「07」、先天性代謝異常は「08」、血液疾患群は「09」、免疫疾患群は「10」、神経・筋疾患群は「11」、慢性消化器疾患群は「12」、染色体又は遺伝子に変化を伴う症候群は「13」、皮膚疾患群は「14」、骨系統疾患群は「15」、脈管系疾患群は「16」を記入してください。
- ※7 高額な医療が長期的に継続する場合をいい、小児慢性特定疾病に係る医療費総額が5万円/月(例えば医療保険2割負担の場合、医療費の自己負担額が1万円/月)を超える月が年間6回以上ある方が対象となります。
- ※8 重症患者認定基準に適合する方が該当します。
- ※9 長期にわたり継続して常時生命維持管理装置を装着する必要がある。
- ※10 「連携する」をチェックした場合、市区町村がマイナポータル登録者(証)情報を確認することができます。
- ※11 申請者(保護者)氏名について、被用者保険で被保険者が非課税

新規申請: 1月から6月の申請 - 前年の1月1日在住の市区町村
7月から12月の申請 - 当年の1月1日在住の市区町村

○世帯調書
支給認定基準世帯員(受診者及び受診者と同じ医療保険に加入している方)について記入してください。

支給認定基準世帯員氏名 個人番号	受診者との続柄	年齢	医療保険の種別 (該当するものに○)	市町村 民税の 申告	受給資格の有無		1月1日現在の 住所所在地 (現住所と異なる 場合のみ記入)	保健所使用欄 課税年額
					特定 医療費	小児慢性 特定疾病		
受診者本人		5	国保・国組 被(本人) 被(家族) 生保	有(無)	有(無)		都道府県市区町村	※保健所使用欄のため記入しないでください。
申請者(保護者)本人	父	40	国保・国組・後期 被(本人) 被(家族) 生保	有(無)	有(無)		都道府県市区町村	
			国保・国組・後期 被(本人) 被(家族) 生保	有(無)	有(無)		都道府県市区町村	
			国保・国組・後期 被(本人) 被(家族) 生保	有(無)	有(無)		都道府県市区町村	
			国保・国組・後期 被(本人) 被(家族) 生保	有(無)	有(無)		都道府県市区町村	
<p>・受診者本人が「国保」「国組」「生保」の場合は、受診者と同じ医療保険に加入している方全員を記入してください。 ・受診者本人が「被用者」保険に加入している場合は、被保険者の方のみ記入してください。</p>								
合計課税年額								
決定階層								

○非課税収入申告書

保護者のうち最も収入が多い方の収入金額について記入してください。
なお、下の表に記入されているもの以外の収入(児童手当等)については記入する必要はありません。

保護者氏名(最も収入が高い方) 三重 太郎

下記の収入の有無	有(以下、該当するものに○印を付してください) ・ 無	収入金額(※12)
1 年金	障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、寡婦年金、障害年金	年額 ▲▲▲,▲▲▲ 円
2 手当金	福祉手当、障害手当金、特別児童扶養手当、障害児福祉手当、特別障害者手当	年額 〇 円
3 その他	障害一時金、特別障害給付金、労災・公務災害による障害補償給付等、障害給付、障害補償、障害による特別年金給付	年額 〇 円

※12 記入する収入金額…新規申請: 1月から6月の申請 - 前々年(1月から12月まで)の収入金額
7月から12月の申請 - 前年(1月から12月まで)の収入金額
更新申請: 前年(1月から12月まで)の収入金額を記載してください。

1, 2, 3のうち該当がない場合は「0円」と記入

受診者住所以外の宛先に受給者証等の送付を希望される場合は、下記にご記入ください。

〒

住所

ふりがな

氏名 受診者との続柄

電話番号

保健所使用欄	
<個人番号確認>	確認
来庁者	
<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人	
番号確認(申請者)	
<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通	
<input type="checkbox"/> 住民票	
身元確認(来庁者)	
<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> /	
<input type="checkbox"/> 運転免許証	
<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	
<input type="checkbox"/> その他()	
<医療保険の資格情報確認>	
<input type="checkbox"/> マイナポータル「資格情報	
<input type="checkbox"/> 資格確認書	

※保健所使用欄のため記入