

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書

※保健所記入欄	申請種別	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 転入( )より <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 変更・追加(月額・疾病)	自己負担区分	基準額 ( ) 円	
	血友病	該当しない / 該当する(自己負担なし)		生保・低1・低2・一般I・一般II・上位	
	成長ホルモン治療	なし・あり( )まで	按分特例	( ) 円	
	公費負担番号		受給者番号		承認期間
	疾病番号				

記入不要

受診者	フリガナ	アマガサキ ジロウ		生年月日	R〇年〇月〇日
	氏名	尼崎 次郎		(年齢)	(年齢 〇 歳)
	住所	〒 660-0052 尼崎市七松町1-3-1-502 (TEL 06-4869-3053)			
	個人番号	〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇			
加入医療保険	被保険者氏名	尼崎 太郎		受診者との続柄	父
	被保険者証発行機関名	全国健康保険協会 兵庫支部		被保険者証の記号・番号	12345 67890
	保険種別	<input checked="" type="checkbox"/> 協管 <input type="checkbox"/> 健組 <input type="checkbox"/> 日雇特例 <input type="checkbox"/> 船員 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 国保(一般・退職・組合) <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生保			
保護者	フリガナ	アマガサキ タロウ		受診者との続柄	父
	氏名	尼崎 太郎			
	住所	〒 受診者に同じ (TEL )			
支給を開始することが適当と考えられる年月日(※1、2)	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 [ ]			
	受診を希望する指定医療機関	名称 : _____ TEL : _____ 〒 _____ 所在地:	受診予定の指定医療機関1カ所を記入		
尼崎市健康手帳	<input checked="" type="checkbox"/> 交付を希望する <input type="checkbox"/> 希望しない				
医療受給者証の受け取り方法	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者住所に送付(普通郵便) <input type="checkbox"/> 市窓口 (北部保健福祉センター・南部保健福祉センター・保健所) <input type="checkbox"/> その他(送り先を指定) 宛名: _____ 〒 _____				

必ず記入願います。

受診者が未成年の場合、記入必要。

意見書の診断年月日を確認する。申請書下部※1を参照のこと。

必ずいずれかに☑をつけること。「その他」を選択した場合は宛名も記入必要。

※1 支給開始日は、指定医が「疾病の状態の程度」を満たしていると診断した日から1か月前(やむを得ない理由により申請が行えなかった場合は最長3か月前)の同じ日まで遡ることが可能。そのため、申請日に関わらず、医療意見書に記載された診断年月日等、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を記載。

※2 更新の場合は、原則記入不要。

※3 裏面がありますので、忘れずご記載ください。

