

記入例(更新申請用)

※申請時点で、患者の方が18歳以上(成年患者)の場合は、患者ご本人が申請者となります。

別記様式第1号

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書兼同意書

申請区分 (変更事由) *該当するものに○を付ける。	新規・転入・ 更新 ・疾病(変更・追加) 人工呼吸器・重症・高額・世帯按分・保険変更 再交付(毀損・紛失)・その他()	受給者番号 *病院、転入の場合は記入不要	0 8 0 ▲▲▲▲
フリガナ	キョウト ●●●	生年月日	2017年 6月 ▲▲日
氏名	京都 ●●	年齢	▲歳
住所	〒▲▲▲ - ▲▲▲ ◆◆市◆◆町▲▲番地の▲	日中に連絡が取れる電話番号	(077▲)▲▲ - ▲▲▲▲
加入する医療保険等 *該当する番号に○を付ける。	① 被用者保険(協会けんぽ、健保組合、共済組合等) ② 市町村国民健康保険(市町村国保) ③ 国民健康保険組合(業種別国保組合) ④ 生活保護 ⑤ その他()	フリガナ 被保険者の氏名 記号 保険者の名称	キョウト ■■■■ 京都 ■■ ※1 ▲▲▲ 全国健康保険協会 ◆◆支部
申請者	*受診者本人と異なる場合に記載。なお、受診者本人の場合は「氏名」欄に本人と記載する。(裏面「世帯調書」も同じ。)		
フリガナ	キョウト ■■■■	日中に連絡が取れる電話番号	(077▲)▲▲ - ▲▲▲▲
氏名	京都 ■■	受診者との続柄	父
住所	<input checked="" type="checkbox"/> 受診者と同じ住所 * <input checked="" type="checkbox"/> を付けた場合、住所は記載不要		
疾病名	① ◆◆◆◆症	② ◆◆◆◆症候群	
自己負担上限額の特例	*右のうち該当するものすべてに <input checked="" type="checkbox"/> を付ける。 <input checked="" type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着者の基準に該当 <input type="checkbox"/> 重症患者認定基準に該当 <input type="checkbox"/> 高額な医療費が継続している場合 受診者と生計同一の世帯において指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成を受給(申請)している者の有無 *「有」に○を付けた場合は、下欄に受給(申請)者を記載する。(申請中の場合は受給者番号の記載不要)		
種類	難病・小慢	氏名	京都 ▼▼
転入状況	年 月 日転入	転入前の住所	都道府県 市区町村
上記及び裏面に記載のとおり小児慢性特定疾病医療費の支給認定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。			
2023年 10月 ▲▲日		京都府知事 様	
窓口に提出(郵送)する日を記入		(申請者氏名) 京都 ■■	

1 「更新」に○をする。

2 現在お持ちの受給者証に記載されている受給者番号を記入

3 患者の方の氏名、住所等を記入

患者の方が加入する医療保険の健康保険証を確認し記入(「被保険者の氏名」欄は下記※1参照)

4 患者の方が17歳以下の場合には保護者の氏名、住所等を記入

成年患者の場合は「本人」とだけ記入

5 主な疾病名を左欄の①に、付随する疾病名を②に記入

6 申請手続の案内をご覧いただき、自己負担上限額の特例に該当する場合は、必要事項を記入

該当がない場合は、必ず「無」に○を付ける。

7 上記④の申請者の氏名を記入

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 (※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"/> 大規模災害で被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他 ()
--	-------	---

この欄は、原則として記入不要です。

※1 原則として医療意見書の「診断年月日」を記載してください(「診断年月日」まで遡って医療費助成を受けることができます)。ただし、申請日から遡る期間が1か月(やむを得ない理由により申請できなかった場合は3か月)を超える場合は、申請日から1か月前(3か月前)の同じ日が医療費助成の開始日となります。

※2 更新申請の場合は、原則記入不要

◆裏面も必ず記載してください。

※1 「被保険者の氏名」欄は、健康保険証に記載された次の方を記入してください。
被用者保険加入の場合 被保険者、共済組合の組合員、共済制度の加入者等
国民健康保険加入の場合 市町村国保の世帯主、業種別国保組合の組合員
(注)生活保護を受給し、医療保険に加入する場合も記入してください。

【裏面へ続く】

