

別記様式第1号

該当する階層区分

生保・低I・低II・一般I・一般II・上位

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書(新規 ・ 更新 ・ 変更) (※)

受診者	フリガナ		性別	年齢	生年月日
	氏名		男・女	歳	年 月 日
	個人番号				
	フリガナ				電話番号 (日中に連絡可能なもの)
加入医療保険	住所	〒 -			
	被保険者氏名			受診者との続柄	
	保険種別	協・組・共・国・生保	被保険者証の 記号・番号		
	被保険者証 発行機関名			保険者番号	
	所在地				
疾病名					
受診を希望する (指定)医療機関 (薬局、訪問看護事 業者等を含む)	医療機関名			所在地	医療機関コード (保健所記入欄)
受給者番号 (更新または変更の場合のみ記入)					
申請者	フリガナ			受診者との関係	電話番号(受診者本人と異なる場合に記入) (日中に連絡可能なもの)
	氏名				
	個人番号				
	フリガナ				
	住所 (受診者本人と異なる場合に記入)	〒 -			
自己負担上限額の特例 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着	<input type="checkbox"/>	高額かつ長期	
	<input type="checkbox"/>	世帯内按分特例	<input type="checkbox"/>	重症患者認定	
今回申請する受診者と同じ世帯内にいる指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている者又は申請中の者 (注)受診者が別の疾病で指定難病の医療費助成対象者(申請中も含む)の場合も含む	無・有 →(該当するものに☑) <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病 (氏名) (受給者番号)				
<p>私は、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。 私は、世帯内按分特例による自己負担上限額決定のため、受診者と同じ世帯にいる指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている者又は申請中の者の認定状況を確認することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名 印 (自署もしくは記名押印)</p> <p>新潟市長 様</p>					

※ 新規・更新・変更のいずれかに○をする。変更の場合は、受給者番号を記載し、変更のあった項目のみ記載すること。
(受診者と申請者欄は必ず記入してください)

※裏面を記入願います

支給認定基準世帯員

世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号			
世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号			
世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号			
世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号			
世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号			
世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号			
世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号			
世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号			
世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号			
世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号			

※支給認定基準世帯員については、加入する医療保険により異なりますので、下表を参照の上、記入してください。

※過去の申請において個人番号を記入した場合は、個人番号の記入は不要です。

<支給認定基準世帯員について>

保険	加入者	被保険者	支給認定基準世帯員
被用者保険※1 (協会けんぽ, 共済, 組合 など)	父 母 子(受診者)	父	父
被用者保険※1 (協会けんぽ, 共済, 組合 など)	父 母 子(受診者)	子(受診者)	子(受診者)
国民健康保険※2 (市町村国保, 国民健康 保険組合)	祖父 祖母 父 母 子 子(受診者)	祖父 祖母 父 母 子 子(受診者)	祖父 祖母 父 母 子 子(受診者)

※1 被用者保険の場合、支給認定基準世帯員=被保険者です。

※2 国民健康保険の場合、受診者と同じ保険に加入している全員が支給認定基準世帯員となります。

受診者と住民票が同じであるか、生計を同一にしているか等は問いません。