

様式第1号の1(表面)

小児慢性特定疾病医療費支給認定等申請書(新規)										
受 診 者 加 入 医 療 保 険	受給者番号 [行政記入欄]									
	フリガナ						年 齢	歳	生年月日	
	氏名								年月日	
	住所	〒					電話番号			
	フリガナ						受給者との 続柄	□本人 □家族		
	被保険者 氏名									
	保 種 險 別	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 船員保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 国保組合					医療保険 各法等の 記号・番号	※不明の場合は省略可		
	保険者 名 称									
		<input type="checkbox"/> 生活保護受給者 ※生活保護受給者で医療保険に加入している場合は上記にも記入								
	病名									
自己負担上限額の 特例等	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着	人工呼吸器・体外式補助人工心臓装着者の基準に該当した。								
	<input type="checkbox"/> 高額かつ長期	申請日の属する月以前の12か月の間に、小児慢性特定疾病医療支援に関する月ごとの医療費総額が、50,000円を超える月が6回以上あった。								
	<input type="checkbox"/> 重症患者認定	重症患者認定基準に該当した。								
	<input type="checkbox"/> 現在認定を受けている小児慢性特定疾病以外の疾病で難病の医療費助成を受けている又は申請中である。									
	<input type="checkbox"/> 今回申請する受診者と同じ医療保険の世帯内にいる指定難病又は小児慢性特定疾病的医療費助成を受けている者又は申請中の者	受給者番号							(難病・小慢)	
		氏名								
<input type="checkbox"/> 受給者番号							(難病・小慢)			
	氏名									
支給開始の遅り	<input type="checkbox"/> 希望する → <input type="checkbox"/> 希望しない									
小慢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 (診断年月日または軽症高額の基準を満たした日の翌日)	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"/> 大規模災害に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 []								
登録者証	<input type="checkbox"/> 申請する <input type="checkbox"/> 申請しない ※「申請する」を選択した場合、市区町村がマイナンバーを用いた情報連携により、災害対策基本法による避難行動要支援者名簿等の作成事務において登録者情報を確認することができます。									
申 請 者	愛媛県 保健所長様 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。 厚生労働大臣様 臨床調査個人票の研究等への利用については、研究利用同意欄に記載のとおりとします。									
	年月日 住所 _____ 氏名 _____ (受診者との続柄 _____)(電話番号 _____)									
	※住所、電話番号は受診者本人と異なる場合のみ記入 ※受診者本人又は保護者以外の場合は、委任状が必要									
	裏面に続く 									
	[行政受付欄]									

様式第1号の1(裏面)

*受給者証等の送付先について

送付先	住所	氏名
	<input type="checkbox"/> 受診者 <input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> その他	〒

*申請に関する問合せ先について

問合せ先	<input type="checkbox"/> 受診者	氏名(フリガナ)	受診者との続柄	電話番号
	<input type="checkbox"/> 申請者	()		
	<input type="checkbox"/> その他			

*備考

10.14 -