

# 令和5年度小児慢性特定医療費医療受給者証の更新のご案内

## ご案内書類一覧

1. 小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書
2. 小児慢性特定疾病医療費医療受給者証の更新のご案内 ※本紙
3. 医療意見書の研究等への利用についての同意書
4. 提出書類チェック表
5. アンケート
6. 返信用封筒 ※郵送の場合に切手を貼り、宛名を書いてご使用ください
7. 小児慢性特定疾病の相談事業案内 ※難病相談・支援センター作成

## 重要なお知らせ

### ○ 有効期間満了後も継続して受給者証の交付を希望される場合は、更新申請の手続きが必要です。

- ・ 現在お持ちの受給者証は、券面に記載された有効期間満了後はご利用になれません。継続して受給者証の交付を希望される方は、この「ご案内」を確認いただき、必要書類を窓口持参もしくは郵送で住所地を管轄する保健福祉センター等まで提出してください。 ※7ページ参照
- ・ 必要書類が全て揃って受付をしてから、審査を行い、新しい受給者証をお届けするまでに2～3か月程度かかります。
- ・ 審査の結果、不認定となることもありますので、あらかじめご了承ください。
- ・ 新しい受給者証の有効期間は「令和5年12月1日から令和6年11月30日」までです。(ただし、この期間内に20歳に到達する方は「令和5年12月1日から20歳の誕生日前日まで」とします。)
- ・ 「医療意見書(継続)」の様式は本案内に同封しておりません。医療機関から様式を用意するよう求められた場合は、「小児慢性特定疾病情報センター」のホームページから入手いただくか、住所地を管轄する保健福祉センター等までお尋ねください。

### ○ 18歳以上の方は、受診者本人名義で申請を行ってください。

- ・ 成人年齢が20歳から18歳に引き下げられたことに伴い、18歳以上の方は、受診者本人名義で申請を行ってください。
- ・ 受診者本人による申請が難しく、ご家族が申請者として申請する場合は「委任状」が必要です。(ただし、成年後見人等の法定代理人が申請する場合は、不要です。)  
「委任状」は、県のホームページ又は窓口(住所地を管轄する保健福祉センター等)で入手可能です。
- ・ 18歳以上の受診者本人の住民票を石川県外又は金沢市に移している場合は、お手元の受給者証の有効期限が切れる前に、現在お住まいの自治体で転入手続きを行ってください。

## 1 更新申請の受付期間

### 令和5年7月3日(月)から9月29日(金)まで

(郵送の場合は消印有効)

- ・受付期間を過ぎても、受給者証の有効期間(令和5年11月30日)までは提出を受け付けますが、結果の通知が遅れる可能性があります。
- ・受給者証の有効期間までに申請を行わない場合、受給資格を喪失します。
- ・令和5年12月1日以降は改めて新規申請をしていただくこととなり、支給認定された場合の受給者証の有効期間は申請受理日からとなります。(有効期間外に支払った医療費は公費負担の対象外となります。)

## 2 更新申請の流れ

### ① 主治医(指定医)に「医療意見書」の作成を依頼



### ② 必要書類(※3ページ)を用意し、同封の申請書(※記入例:5、6ページ)を記入



### ③ 申請書類の提出



- ・必要書類が準備できましたら、お早めにご提出ください。
- ・窓口持参の場合は、受付時間内に住所地を管轄する保健福祉センター等までお越しください。
- ・郵送の場合は、漏洩、紛失等の事故を防止するため、特にマイナンバーが記載されたものはできるだけ送達状況が確認可能な簡易書留などの方法でご提出ください。(郵送に係る費用は自己負担となります。)

### ④ 県で支給認定にかかる審査を行い、審査結果をお知らせします。

- ・県において、ご提出いただいた医療意見書に基づき審査を行います。
- ・認定となる場合は、受給者証をお送りします。
- ・審査結果は、申請者の住所又は指定の送付先にお送りします。

※事務処理の都合上、申請いただいてから受給者証が届くまでに2~3か月程度かかります。

(申請書類に不備等ある場合は、更に時間を要する可能性があります。)

### 3 更新申請に必要な書類

※下記の他、同封の別紙「アンケート」「提出書類チェック表」もご提出ください！

(1) 全員必要なもの		行方	
①	小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書(更新) <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">同封</span>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受診者が18歳未満の場合 →保護者(受診者が加入している被保険者の方等)が申請してください。</li> <li>・受診者が18歳以上の場合 →受診者本人名義で申請してください。</li> <li>・記入例(※5、6ページ)を参考にご記入ください。</li> <li>※事務処理の関係上、最新の情報が反映されていない場合があります。(年齢についてはR5.7.1時点となっています。)</li> </ul>	□
②	医療意見書 ※医療機関へご依頼ください	<ul style="list-style-type: none"> <li>・作成に時間を要することがあるため、早めに「指定医」にご依頼ください。石川県の指定医は県及び金沢市のホームページで公表しています。</li> <li>・ご自身で様式を用意する必要がある方は、最寄りの窓口(お住まいの地域を管轄する保健福祉センター等)もしくは下記ホームページから入手ください。 ○小児慢性特定疾病情報センター<a href="https://www.shouman.jp/medical/">https://www.shouman.jp/medical/</a> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">小児慢性特定疾病情報センター 医療意見書 検索</span></li> <li>※「新規」「継続」のうち、「継続」の医療意見書をご使用ください。</li> <li>・文書料は自己負担となります。</li> </ul>	□
③	医療意見書の研究等への利用 についての同意書 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">同封</span>		□
④	小児慢性特定医療費医療受給者証(写し)	※黄色の受給者証の表面	□
⑤	自己負担上限額管理票(写し)	<ul style="list-style-type: none"> <li>※黄色の受給者証の裏面</li> <li>・自己負担上限額管理票は、医療費の確認書類となるため、申請月を含む過去12か月分の内容が写るようにコピーを取ってください。</li> </ul>	□
⑥	受診者の住民票	<ul style="list-style-type: none"> <li>・発行日から3か月以内のものをご提出ください。</li> <li>※原則マイナンバーの記載がないものとします。マイナンバーの記載がある場合は、<u>マイナンバーを黒マジックで塗りつぶす</u>等によって判読できないようにしてください。</li> </ul>	□
⑦	受診者の保険証(写し)		□

(2) 該当する方のみ必要なもの		行方
⑧	血友病A、血友病B及び血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症患者の方 ・特定療養費受療証(写し) ※加入している医療保険の保険者から交付されるものです。 ※お持ちでない方や保険変更された方は、保険者への申請をお願いいたします。	□
⑨	「国民健康保険組合」又は「石川県外の市区町村国民健康保険」に保険が変更された方 ・保険者への照会に係る同意書*	□
⑩	「国家公務員共済組合」又は「地方公務員共済組合」に加入している方で非課税世帯の方(もしくは非課税世帯の可能性のある方) ・同意書(国共済・地共済等加入者用)*	□
⑩	更新申請手続きと一緒に、現在お持ちの受給者証の記載内容を変更される方(※4ページ) ・小児慢性特定医療費医療受給者証(原本)	□

\*印の書類は、県のホームページ又は窓口(住所地を管轄する保健福祉センター等)で入手可能です。

## 4 更新申請手続きと一緒に現在お持ちの受給者証の記載内容を変更される方へ

◎ 住所、氏名、保険など、受給者証の記載内容に変更がある場合は、受給者証の書き換え作業を行うため、窓口までお越しください。

- ・ その際、更新申請書類と合わせて、受給者証原本もお持ちください。
- ・ 郵送の場合は、返却に時間を要するため、お手元に受給者証のコピーを取っておくことをお勧めします。  
(原本がない場合、書き換えができないため、更新後の新しい受給者証のみ変更となります。)

## 5 更新申請の問合せ先・提出先

お住まいの地域	管轄する保健福祉センター等	提出先 ＜受付時間＞平日(土日祝除く) 9:00~17:00
小松市、能美市、川北町	南加賀保健福祉センター (電話 0761-22-0793)	〒923-8648 小松市園町又 48 南加賀保健福祉センター 宛
加賀市	加賀地域センター (電話 0761-76-4300)	〒922-0257 加賀市山代温泉桔梗丘 2-105-1 加賀地域センター 宛
白山市、野々市市	石川中央保健福祉センター (電話 076-275-2250)	〒924-0864 白山市馬場 2-7 石川中央保健福祉センター 宛
かほく市、津幡町、内灘町	河北地域センター (電話 076-289-2177)	〒929-0331 河北郡津幡町中橋口 1-1 河北地域センター 宛
七尾市、中能登町	能登中部保健福祉センター (電話 0767-53-6894)	〒926-0021 七尾市本府中町ソ 27-9 能登中部保健福祉センター 宛
羽咋市、志賀町、宝達志水町	羽咋地域センター (電話 0767-22-1170)	〒925-0026 羽咋市石野町ハ 31 石川県羽咋合同庁舎 1階 羽咋地域センター 宛
輪島市、穴水町、能登町	能登北部保健福祉センター (電話 0768-22-2011)	〒928-0079 輪島市鳳至町畠田 102-4 能登北部保健福祉センター 宛
珠洲市	珠洲地域センター (電話 0768-84-1511)	〒927-1223 珠洲市宝立町鶴島ハ 124 珠洲地域センター 宛

※郵送の場合は、漏洩、紛失等の事故を防止するため、特にマイナンバーが記載されたものはできるだけ送達状況が確認可能な簡易書留などの方法でご提出ください。(郵送にかかる費用は自己負担となります。)

石川県健康推進課 難病対策グループ  
(電話 076-225-1448)

# 記入例

〒000-0000

加賀市〇〇町〇丁目〇番地

石川 太郎

※事務用の確認コードです。  
(確認、訂正は不要です。)

記載内容の訂正を行う場合、  
チェックを入れてください。

変更事項がある場合、訂正事項  
を朱書き訂正のうえ左に

記入不要です。

801 高額かつ長期

受診者	受給者番号	1234567	個人番号 (マイナンバー)																			
	フリガナ	ｲｶｶﾞ ﾊﾅ	年齢	生年月日																		
	氏名	石川 花子	16歳	平成16年4月1日																		
申請者	電話番号 (076-225-1448)																		受診者との続柄を 記入してください。			
	<p>【受診者が18歳未満】 保護者（受診者が加入している医療保険の被保険者の方等）が申請してください。 【受診者が18歳以上】 受診者本人名義で申請してください。 この場合、申請者欄は記載不要です。</p>																		本人			
	太郎	花子	受診者との続柄																			
申請者	フリガナ	ｲｶｶﾞ ﾀﾚ	受診者との続柄																			
	氏名	石川 太郎	個人番号	0	0	0	0	0	0												該当者がいる場合は、 「有」に○をし、該当者の氏名を記入してください。	
	住所	〒(000-0000) 加賀市〇〇町	電話番号 (076-225-1448)																			
自己負担上限額の特例 (該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> )		重症患者認定		人工呼吸器等装着		高額治療継続																
今回申請する受診者と同じ支給認定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			有 (氏名 <b>石川 雪子</b> )		無 (有の場合は受給者証もしくは申請書の写しを添付)																	
申請者の障害年金・遺族年金・特別児童扶養手当等の受給 (市町村民税非課税世帯の方のみ記入)			有		無 (有の場合は金額が確認できるものを添付) ※添付がない場合、正しく本人年収の確認ができないため、Ⅲ (低所得Ⅱ) の階層区分になります。																	
指定医療機関	受診を希望する医療機関名 (薬局、訪問看護事業所)																		地 ※新しく追加する場合のみ記入			
	加賀市民病院																					
	加賀市医療センター												加賀市作見町リ36番地									
<p>記載内容に変更があれば、赤字で訂正してください。 ※受給者証には個別の医療機関名を記載していませんが、患者さんの情報把握のため、利用する医療機関名及び所在地を記入してください。 (石川県の指定医療機関は県及び金沢市ホームページで公表しています。)</p>																						
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。																						
令和 5 年 〇 月 〇 日																						
申請者氏名												石川 太郎										
石川県知事 殿																						

【受診者が18歳未満】  
申請者欄の保護者氏名を記入してください。  
【受診者が18歳以上】  
受診者本人の氏名を記入してください。

世帯員（受診者と同じ医療保険に加入する者）について

世帯の範囲の確認のために必要ですので、受診者と同じ医療保険に加入している方は、同居・別居を問わず全員記入して下さい。（※血友病等先天性血液凝固因子障害疾患の場合は記載不要）

		氏名	受診者との続柄	【社会保険の方】 被保険者 被扶養者の別	指定難病又は小児慢性特定疾病の有 無（※1）
受診者				・被保険者	・有 難病（受給者番号） ・無
1	(フリガナ) 氏名	記入不要です。			
	生年月日				
	個人番号 （※2）				
	住所 （※3）				
2	(フリガナ) 氏名	記入不要です。			
	生年月日				
	個人番号 （※2）				
	住所 （※3）				
3	(フリガナ) 氏名			・被保険者  ・被扶養者	・有 1 難病（受給者番号） 2 小慢（受給者番号） ・無
	生年月日	年 月 日			
	個人番号 （※2）				
	住所 （※3）				
4	(フリガナ) 氏名			・被保険者  ・被扶養者	・有 1 難病（受給者番号） 2 小慢（受給者番号） ・無
	生年月日	年 月 日			
	個人番号 （※2）				
	住所 （※3）				

※1 指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成受給者が有の者については、当該者の保険証の写しを添付すること。  
 ※2 国民健康保険又は国民健康保険組合の場合は受診者と同じ記号・番号の医療保険に加入している者について個人番号を記入し、当該全員と受診者の保険証の写しを添付してください。社会保険の場合は被保険者についてのみ個人番号を記入し、被保険者と受診者  
 ※3 支給  
 代理人（申請者の家族の方等）が書類を提出する場合には、代理人の氏名、受診者との関係（続柄）、住所、電話番号を記入してください。のみ記入してください。

書類を提出する方が 申請者と異なる場合	氏名 住所 TEL	受診者との関係
------------------------	-----------------	---------

※シッター押印欄

受付者	身元確認	番号確認	代理権確認

# 提出書類チェック表 (裏面もあります)

提出書類と一緒にこのチェック表も提出してください！

## 《日中の連絡先》

➤ 平日の9時～17時に連絡がとれる方の連絡先を記入してください。

連絡がとれる方の氏名	受診者との続柄	電話番号	備考
受診者氏名〔 〕			

- ・提出書類に確認事項等があった場合、保健福祉センター等からご連絡いたします。
- ・時間指定が必要な場合は、できるだけ幅を持たせた時間帯を備考にご記入ください。

## 《すべての方が必要な書類》

➤ 書類が全て揃っているか、再度ご確認ください。提出する書類の「□」にチェックを記入してください。

<input type="checkbox"/> <b>小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（更新）</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・（受診者が18歳未満）保護者（受診者が加入している医療保険の被保険者の方等）が申請していますか？</li> <li>・（受診者が18歳以上）受診者本人名義で申請していますか？（代理人の場合、「委任状」はありますか？）</li> <li>・申請書の記載内容に変更があった場合、赤字で修正されていますか？</li> <li>・記入例を参考に、記載漏れはございませんか？</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>医療意見書</b>
<input type="checkbox"/> <b>医療意見書の研究等への利用についての同意書</b>
<input type="checkbox"/> <b>小児慢性特定医療費医療受給者証（写し）</b> ※黄色の受給者証の表面
<input type="checkbox"/> <b>自己負担上限額管理票（写し）</b> ※黄色の受給者証の裏面 <ul style="list-style-type: none"> <li>・自己負担上限額管理票は、申請月を含む過去12か月分の内容がわかるものですか？</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>受診者の住民票</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「発行日から3か月以内」のものですか？</li> <li>・（マイナンバーが記載された住民票の場合）マイナンバーは見えないようになっていますか？</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>受診者の保険証（写し）</b>
<input type="checkbox"/> <b>アンケート</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・記載漏れはございませんか？</li> </ul>

裏面（該当する方のみ必要な書類）も必ずご確認ください。

## 《該当する方のみ必要な書類》

➤ 書類が揃っているか、再度ご確認ください、提出する書類にチェックを記入してください。

\*印の書類は、県のホームページ、又は窓口(住所地を管轄する保健福祉センター等)で入手可能です。

血友病 A、血友病 B 及び血液凝固因子製剤の投与に起因する HIV 感染症患者の方

特定疾病療養受領証（写し）

受診者と同じ医療保険の中に、指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成の受給者がいる方

当該受診者の特定医療費受給者証（写し）

「国民健康保険組合」又は「石川県外の市区町村国民健康保険」に保険が変更された方

保険者への照会に係る同意書\*

「国家公務員共済組合」又は「地方公務員共済組合」に加入している方で、非課税世帯の方  
(もしくは非課税世帯の可能性のある方)

同意書（国共済・地共済等加入者用）\*

更新手続きと一緒に、現在お持ちの受給者証の記載内容を変更される方

(詳細は更新のご案内4ページ参照)

受給者証の原本

・郵送の方はお手元にコピーを取っておくことをお勧めします