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、再度ご確認いただき、提出する書類の□にチェックを記入してください。

□ **小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（更新）**

・（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？

・（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？）

・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？

・記入例を参考に、記載漏れはございませんか？

□ **医療意見書**

□ **医療意見書の研究等への利用についての同意書**・同意しない場合も署名しない状態で提出が必要です。

□ **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**

□ **自己負担上限額管理票（写し）　※黄色の受給者証の裏面**

・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？

□ **世帯全員の住民票**

・「同一世帯の者すべてが記載」「続柄あり」「発行日から３か月以内」のものですか？

・（マイナンバーが記載された住民票の場合）受診者本人と支給認定基準世帯員以外のマイナンバーは見えないようになっていますか？

□ **健康保険証情報の添付資料**

・受診者が加入している保険の種類によって、提出範囲が異なります。

・必要な方の健康保険証情報の添付資料が揃っていますか？

※詳しくは別紙「指定難病等の医療費助成の健康保険証情報の添付資料について」を参照

受診者が加入している保険		提出する健康保険証情報の添付資料の範囲
・国民健康保険 ・国民健康保険組合		同じ保険に加入している方（記号・番号が同一の方）全員分
・全国健康保険協会 ・健康保険組合 ・共済組合 ・船員保険 など	受診者が被保険者の場合	受診者の分
	受診者以外が被保険者の場合	受診者と被保険者の分 ※被保険者氏名が記載されている場合、受診者の分のみで可

・マイナ保険証の場合：医療保険の保険者が交付している「資格確認書（写し）」orマイナポータルからダウンロードした「医療保険の資格確認情報」を印刷したものor「健康保険証情報」画面を印刷したもの

※窓口で申請される場合は、ｽﾏｰﾄﾌｫﾝ等でﾏｲﾅﾎﾟｰﾀﾙの保険資格情報画面を提示いただく方法でも可能。

※郵送申請の場合は、資格情報が確認できる書類の写しの提出が必要。

（保険変更がない場合は「資格確認のお知らせ（写し）」でも可）

□ **個人番号（マイナンバー）の確認書類**

・毎年提出が必要です。必要な方のマイナンバー確認書類が揃っていますか？※詳細は更新のご案内４ページ参照

□ **アンケート**　・記載漏れはございませんか？

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、再度ご確認いただき、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。

市町村民税非課税世帯で、申請者が障害年金・遺族年金等を受給している方

□ 年金証書（写し）又は 年金振込通知書（写し）

・令和７年１～１２月分すべての支給による年額が確認できるものですか？

市町村民税非課税世帯で、申請者が特別児童扶養手当等を受給している方

□ 特別児童扶養手当等の証書（写し）又は 支給決定額の通知書（写し）

・令和７年１～１２月分すべての支給による年額が確認できるものですか？

「高額かつ長期」に該当する方

□ 重症患者認定申告書

□ 自己負担上限額管理票（写し）

・申請月を含む過去 12 か月において、小児慢性特定疾病に関する１か月の医療費総額が５万円を超える月が6回以上ありますか？

「重症患者認定基準」に該当する方

□ 重症患者認定申告書

□ 障害者年金証明書・身体障害者手帳（写し） ※交付を受けている方のみ

「人工呼吸器等装着者認定基準」に該当する方

□ 人工呼吸器等装着者証明書

受診者が指定難病の医療費助成の受給者でもある方

□ 受診者の特定医療費（指定難病）受給者証（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（指定難病）受給者証（写し）

「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がある方）

□ 同意書（国共済・地共済等加入者用）＊

県認定の方(公費負担者番号が82から始まる方)

□ マイナンバーを用いた地方税関係情報の照会に対する同意書

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７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

□ 変更申請書＊

・特例の適用や保険変更等に伴う支給認定基準世帯員の変更、前年の所得・収入減などで自己負担上限額が変わる方のみ