

記入例

慢性特定疾病医療費支給認定申請書（更新）

〒000-0000

加賀市〇〇町〇丁目〇

※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

石川 太郎 様

省略不可
忘れずに記入をお願いします。

801 高額かつ長期

受診者	受給者番号	1 2 3 4 5 6 7	個人番号 (マイナンバー)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
	フリガナ	イカ ハコ			年齢			生 年 月 日							
	氏 名	石川 花子			16歳			平成16年4月1日							
	電話番号 (076-225-1448)														
申請者	【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。														
	氏名	太郎 花子			受診者との続柄			本人							
	住所	〇〇〇・〇〇〇・〇〇			〇〇〇-〇〇〇-〇〇										
	保険者名	全国健康保険協会 石川支部 加賀市			保険者コード			01170018 17050							
指定医療機関	フリガナ	イカ ハコ			受診者との続柄			〇							
	氏 名	石川 太郎			個人番号			0 0 0 0 0 0							
	住 所	〒(000-0000) 加賀市〇〇町			電話番号 (076-225-1448)			記入不要です。							
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 石川 雪子) ・ 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。															
受診を希望する医療機関名 (薬局、訪問看護事業所等) 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															
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。)															
※ 上に記入した医療機関が児童発達支援センターです。															
登録者証申請(※1) 申請する・申請しない・発行済(発行自治体):															
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 8 年 〇 月 〇 日															
申請者氏名 石川 太郎															
石川県知事 殿															

受診者との続柄を
記入してください。

該当者がいる場合は、
「有」に〇をし、該当
者の氏名を記入
してください。

【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。

※1 「申請する」を選択した場合、市町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ある。

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	<div style="border: 2px solid black; border-radius: 50%; padding: 20px; text-align: center; width: 100%; height: 100%;"> 記入不要です。 </div>				
	生年月日				・有 難病（受給者番号） ・小慢（受給者番号）	
	個人番号 （※2）					
	住所 （※3）					
2	(フリガナ) 氏名					
	生年月日					・有 難病（受給者番号） ・小慢（受給者番号）
	個人番号 （※2）					
	住所 （※3）					
3	(フリガナ) 氏名					
	生年月日		年 月 日		・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
	個人番号 （※2）					
	住所 （※3）					
4	(フリガナ) 氏名					
	生年月日		年 月 日		・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
	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、被保険者と受診者の保険証の写しを添付してください。
 ※3 支店
 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、住所、電話番号を記入してください。受診者との関係（続柄）、住所、電話番号を記入してください。

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
------------------------	-----------------	---------

※シンプター押印欄

受付者	身元確認	番号確認	代理権確認