

令和5年 特定医療費（指定難病）受給者証の更新のご案内

ご案内書類一覧

1. 特定医療費(指定難病)支給認定申請書
2. 特定医療費(指定難病)受給者証の更新のご案内 ※本紙
3. 提出書類チェック表
4. 患者様やご家族の方へ(おたずねシート)
5. 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
6. 難病相談事業・難病患者会からのご案内 ※県難病相談・支援センター発行

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下記まで提出してください。

<提出先> 住所地を管轄する保健福祉センター等 ☎ 6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日までとなります。
- ・「臨床調査個人票(診断書)※更新用」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、「難病情報センター(公益財団法人難病医学研究財団)」等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。

I 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(難病指定医又は協力難病指定医)に「臨床調査個人票(診断書)」の作成を依頼

② 必要書類(☞2、3ページ)を用意し、同封の申請書(☞記入例:7、8ページ)を記入

③ 申請書類の提出(☞6ページ)

- ・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。(郵送にかか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、ご提出いただいた臨床調査個人票に基づき審査を行います。
- ・以下のいずれかに該当する場合は認定となり、受給者証をお送りします。
 - ・国が定める症状の程度(重症度)を満たす場合
 - ・重症度を満たさないが、軽症者特例該当(☞5ページ)と認められた場合
- ・審査結果は、受診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
 いただいたから受給者証
 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
 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「おたずねシート」「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			チェック
①	特定医療費(指定難病)支給認定申請書 同封のもの	・記入例(☞7、8ページ)を参考にご記入ください。 ※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。) ・マイナンバーについては後掲(☞4ページ)の説明をご確認ください。 ・「研究利用に関するご説明」の詳細は県ホームページをご覧ください。	□
②	臨床調査個人票(診断書) ※医療機関へご依頼ください	・作成に時間を要することがあるため、早めに難病指定医(又は協力難病指定医)にご依頼ください。(県の指定医は、県ホームページで公表しています。) ・必ず記載年月日が6か月以内のものをご提出ください ・ご自身で様式を用意する必要がある方は、最寄りの窓口(住所地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。 ○難病情報センター(公益財団法人難病医学研究財団) http://www.nanbyou.or.jp 難病情報センター 臨床調査個人票 検索 ・文書料は自己負担となります	□
③	特定医療費(指定難病)受給者証(写し)	※水色の受給者証の表面	□
④	自己負担上限額管理票(写し)	※水色の受給者証の裏面 ・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。	□
⑤	世帯全員の住民票	・同一世帯の者すべてが記載されており、続柄の記載があるもので、発行日から3か月以内のもの、をご提出ください。 ※原則マイナンバーの記載がないものとします。マイナンバーが記載された住民票を、後掲⑥「マイナンバーの確認書類」も兼ねて提出することもできますが、この場合、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黒マジックで塗りつぶす等によって判読できないようにしてください。	□

⑥	保険証(写し) ※マイナンバーカードは、保険証の写しとして使用できません	受診者が加入している保険 ・国民健康保険 ・国民健康保険組合	提出する保険証(写し)の範囲 同じ保険に加入している方(記号・番号が同一の方)全員分	□
		・後期高齢者医療保険 ・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 受診者以外が被保険者の場合 受診者(=被保険者)本人の分のみ 受診者本人と被保険者の分 ※被保険者氏名が記載されている場合、受診者本人の分のみで可	
⑦	個人番号(マイナンバー)の確認書類	・後掲(※4ページ)の説明をご確認ください。 ※これまでの各種申請の際に、既にマイナンバーを提出されている方で、今回記入を省略される方は確認書類を省略できます。 ※マイナンバーでの課税状況等の確認を希望しない方は、所得課税証明書等の提出が必要です。		□

(2)該当する方のみ必要なもの		*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	チェック
⑧	市町村民税非課税世帯で、受診者本人が①障害年金・遺族年金、②特別児童扶養手当等を受給している方 障害年金・遺族年金・特別児童扶養手当等の受給を確認できる書類 として以下のもの。 ①年金証書(写し) 又は 年金振込通知書(写し) ②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) ※前年分の支給額が記載されたもの(令和4年1~12月分すべての支給による年額が確認できるもの)		□
⑨	軽症者特例(※5ページ)に該当する方 (指定難病に関する1か月の医療費総額が33,330円を超える月が、申請月を含む過去12か月で3回以上ある方) 軽症者特例に該当することを示す書類 として以下の <u>いずれか</u> 。(該当する3か月分の内容が分かるもの) ・自己負担上限額管理票(写し) ・軽症高額療養証明書* ・領収書(又は明細書)の写し		□
⑩	高額かつ長期(※5ページ)に該当する方 (指定難病に関する1か月の医療費総額が5万円を超える月が、申請月を含む過去12か月で6回以上ある方) 高額かつ長期に該当することを示す書類 として、以下の <u>いずれか</u> 。(該当する6か月分の内容が分かるもの) ・自己負担上限額管理票(写し) ・高額長期療養証明書* ・領収書(又は明細書)の写し		□
⑪	受診者本人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(※5ページ) 同一保険世帯内に自己負担上限額の按分対象者がいることを示す書類 として以下のもの。 ・当該受給者の特定医療費受給者証(写し) ※可能な限り、両者同時に更新申請を行ってください。		□
⑫	「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 ・同意書*		□
⑬	「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)*		□
⑭	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(※6ページ)		□
	・特定医療費(指定難病)受給者証(原本) ・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)		□

4 個人番号（マイナンバー）の記入等について

1 マイナンバーの記入について

「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律」(いわゆる「マイナンバー法」)により、特定医療費(指定難病)の支給認定事務において、マイナンバーを利用することが定められています。マイナンバーの提出によって、所得課税証明書、生活保護受給者であること等を証明する書類の提出が省略できます。(マイナンバーによる課税状況等の確認を希望しない方は、各自で所得課税証明書等を準備して提出してください。)

これまでの各種申請の際に、既にマイナンバーを提出されている方は記入を省略できますが、**新たに支給認定基準世帯員※になった方や、前回提出時からマイナンバーに変更があった方**については、必ず記入してください。

※支給認定基準世帯員…前掲「⑥ 保険証(写し)」の表中「提出する保険証(写し)の範囲」における受診者本人以外の方

2 マイナンバーの確認書類

申請者のマイナンバー確認及び本人確認を行うため、以下の書類が必要となります。

(申請者以外のマイナンバーの記入が必要な方の確認書類は提出不要ですので、申請者が適切に本人確認を行い、誤りのないよう記入してください。)

郵送の場合は各書類の写しをご提出いただき、窓口申請の場合はご提示をお願いします。

(1)申請者本人が申請する場合…AとB

A.マイナンバー確認 (以下のいずれか)		
①	マイナンバーカード(裏面) 通知カード	<input type="checkbox"/>
②	※記載事項に変更が無い場合又は R2.5.24 までに正しく変更手続がとられている場合に限る。	<input type="checkbox"/>
③	マイナンバーが記載された住民票 又は 住民票記載事項証明書(ともに写し可)	<input type="checkbox"/>
④	自身の個人番号に相違ない旨の本人による申告書*	<input type="checkbox"/>

B.本人確認 (以下のいずれか)		
①	顔写真入りの身分証明書を1つ マイナンバーカード(表面)、運転免許証など	<input type="checkbox"/>
②	顔写真のない身分証明書を2つ 保険証、印鑑登録証明書など	<input type="checkbox"/>
③	特定医療費(指定難病)受給者証	<input type="checkbox"/>

申請者とは、以下のいずれかの人です。
・受診者本人 ・18歳未満の受診者の保護者

(2)代理人(受診者のご家族や施設職員等)が申請する場合…AとBとC

※必要事項が記載された書類を、申請者のご家族や施設の職員等が持参するだけ(提出代行)の場合は、上記(1)と同様の取り扱い(AとB※ともに写し可)となります。

A.申請者のマイナンバー確認 (以下のいずれか)		
①	マイナンバーカード(裏面) 又はその写し	<input type="checkbox"/>
②	通知カード 又はその写し ※記載事項に変更が無い場合又は R2.5.24 までに正しく変更手続がとられている場合に限る。	<input type="checkbox"/>
③	マイナンバーが記載された住民票 又は 住民票記載事項証明書(ともに写し可)	<input type="checkbox"/>
④	自身の個人番号に相違ない旨の本人による申告書*	<input type="checkbox"/>

*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。

B.代理人の身元確認 (以下のいずれか)		
①	顔写真入りの身分証明書を1つ マイナンバーカード(表面)、運転免許証など	<input type="checkbox"/>
②	顔写真のない身分証明書を2つ 保険証、印鑑登録証明書など	<input type="checkbox"/>

C.代理権の確認 (以下のいずれか)		
①	法定代理人であることを証する書類 戸籍謄本など	<input type="checkbox"/>
②	委任状*	<input type="checkbox"/>
③	受診者本人の身分証明書(原本) マイナンバーカード(表面)、運転免許証など	<input type="checkbox"/>

5 月額自己負担上限額

月額自己負担上限額は、受診者及び支給認定基準世帯員の最新の市町村民税課税状況等により決定されます。そのため、新しい受給者証では上限額が変わる可能性がありますので、ご了承ください。

階層区分		階層区分の基準 ※ () 内は夫婦2人世帯での年収の目安		自己負担限度額（外来＋入院） ※患者負担割合：原則2割		
				一般 (軽症かつ高額)	高額かつ長期	人工呼吸器等 装着者
A	生活保護	—		0円	0円	0円
B1	低所得Ⅰ	市町村民税 (均等割・所得割) 非課税(世帯)	受給者年収 80万円以下	2,500円	2,500円	1,000円
B2	低所得Ⅱ		受給者年収 80万円超	5,000円	5,000円	
C1	一般所得Ⅰ	市町村民税(均等割・所得割)課税以上 市町村民税(所得割)7.1万円未満 (約160～約370万)		10,000円	5,000円	
C2	一般所得Ⅱ	市町村民税(所得割)7.1万円以上 25.1万円未満 (約370～約810万)		20,000円	10,000円	
D	上位所得	市町村民税(所得割)25.1万円以上 (約810万～)		30,000円	20,000円	

6 月額自己負担上限額等に係る特例について

特例の要件に該当する方は、申請書の特例欄にチェックした上で、必要書類(※3ページ)をご提出ください。
郵送の場合は、原則、書類受理月が申請月となるため、特例該当月の算定において十分ご注意ください。

(1) 軽症者特例(軽症かつ高額)

重症度が認定基準を満たさなくても、指定難病に関するひと月あたりの医療費(10割分)総額が33,330円を超える月が、申請月を含む過去12か月において3回以上あるとき、支給認定を受けることができます。

※指定難病の診断から1年未満の場合、診断月以降の期間のみが算定対象となります。

(2) 高額かつ長期(高額難病治療継続者)

指定難病に関するひと月あたりの医療費(10割分)総額が5万円を超える月が、申請月を含む過去12か月において6回以上あるとき、階層区分によって月額自己負担上限額が減額されます。

※受給開始前の医療費は算定対象外となります。

(3) 人工呼吸器等装着者

臨床調査個人票の人工呼吸器に関する事項欄が、以下の要件に全て該当する場合、月額自己負担上限額が1,000円に減額されます。

- ・離脱の見込み「なし」
- ・施行状況「一日中施行」
- ・生活状況の全ての項目「部分介助」、「全介助」又は「不能」

(4) 同一保険世帯内按分

受診者本人と同じ医療保険に属する者(医療保険上の同一世帯員)が、指定難病又は小児慢性特定疾病に係る医療費助成制度の受給者である場合は、「両者の月額自己負担上限額の合計が世帯内の最も高い方の自己負担上限額」となるよう、各自の上限額が減額されます。

7 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。
- ・ 自己負担上限額(階層区分)が変わる場合(特例の適用(☎5ページ)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)は、更新申請書類及び受給者証原本の他に「変更申請書*」を提出してください。
*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

変更申請書を提出した場合…変更申請受付日の翌月1日から変更(※1日付受理の場合は申請月から)
変更申請書を提出しない場合…更新後の新しい受給者証の有効期間開始日より変更
- ・ 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。)

8 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	
金沢市 ※最寄りのいずれか	泉野福祉健康センター (電話 076-242-1131)	〒921-8035 金沢市泉が丘1-2-22 泉野福祉健康センター 宛	
	元町福祉健康センター (電話 076-251-0200)	〒920-0842 金沢市元町1-12-12 元町福祉健康センター 宛	
	駅西福祉健康センター (電話 076-234-5103)	〒920-8533 金沢市西念3-4-25 駅西福祉健康センター 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)

1234567

〒 920
金

★記載内容に変更等があれば赤字で訂正してください

石川 太郎 様

406 駅西 C2

センター受付印欄

「臨床調査個人票の研究利用についての同意」について

厚生労働省では、難病の研究を推進するため、本申請書に添付された診断書(臨床調査個人票)を十分に配慮して使用するに十分配慮して添付された診断書(臨床調査個人票)は、改めて、それぞれの研究目的に応じて説明が行われ、同意を得ることとされています。

今回送付された住所・宛名から送付先を変更する場合は記入

原則マイナンバーの記入が必要 (既にご提出いただいているマイナンバーについては省略可能)

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 如						年齢	生年月日
	氏名	石川 太郎						51	S47.4.1
	住民票上の住所(受給者証等の送付先を括弧内に記入)	〒 (920-8580) 石川県 金沢市 鞍月1-1		電話番号 (076-225-1448)					
病名等	6:パーキンソン		国民健康保険…国保、国民健康保険組合…国組、後期高齢者…後期全国健康保険協会/健康保険組合/共済組合など…社保本人、社保家族						
加入医療保険	保険者番号	00000000	保険種別	国保	記号・番号(被保険者番号)	0000-0000			
	被保険者証発行機関名	00車	全国健康保険協会 石川支部		01170018		社保家族		□□□-□□□□
保護者(受診者が18歳未満の場合のみ記入)	フリガナ							受診者との関係(続柄)	
※下記記入	受診者が18歳未満の場合のみ保護者を記入								
国受診者加入している世帯主									
社受診者が加入している									
保医療保険の被保険者									

該当する項目があればチェック

自己負担上限額等に係る特例 (該当するものに☑をしてください。)

人工呼吸器等装着 高額かつ長期 軽症 **該当の有無・人数を記入**

受診者本人と同一の支給認定世帯に属する者かつ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(又は申請中の)者 ★ **有**(1名)・無

※ 有の場合は、該当者の受給者証(又は申請書)の写しを添付した上で支給認定基準世帯員の一覧(裏面)にも必ず記入してください。

受診者本人(又は保護者)の障害年金・遺族年金・特別児童扶養手当などの受給 有・**無**

(市町村民税非課税世帯の方(もしくは不明の方)は、該当の有無を記入(例:障害年金、遺族年金、特別児童扶養手当、障害児福祉手当、特別障害者手当、特別障害給付金など)

石川県知事 殿

私は、上記のとおり、特定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
(受診者又は保護者又は法定代理人)

日付及び申請者氏名(受診者又は保護者又は法定代理人)を記入

臨床調査個人票の研究等への利用についての同意をされる方は、別添「研究利用に関するご説明」をご確認いただき、以下に署名をお願いします。

厚生労働大臣 「研究利用に関するご説明」の詳細は県ホームページ等をご確認ください。

私は、指定難病の研究を推進するため、提出した臨床調査個人票が、別添「研究利用に関するご説明」のとおり、指定難病の治療研究等、指定難病に係る研究及び政策を立案するための基礎資料として利用されることを同意します。

令和 5年 〇月 〇日

受診者氏名 石川 太郎
申請者氏名
(保護者又は法定代理人)

日付及び受診者氏名を記入(保護者又は法定代理人が同意する場合は「申請者氏名」にも記入)

※1 受診者が未成年又は成年被後見人等の理由により、受診者に代わって申請者が同意する場合に記入。

支給認定基準世帯員（受診者同一の医療保険に加入している者）

※ 世帯の範囲を確認するために必要ですので、受診者同一の医療保険に加入している者を同居・別居を問わず全員記入してください。

支給認定世帯に属する者		受診者との関係(続柄)	医療保険の種別	(社会保険の場合のみ記入)	指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成受給の有無(※2)
受診者氏名	石川 太郎	本人		被保険者 被扶養者	有 小慢(受給者番号) 無
1	フリガナ イシカワ 氏名 石川 一郎 生年月日 S・H・R 22年 7月 1日 個人番号(※3) 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 住所(※4) 〒	父		被保険者 被扶養者	有 1 難病(受給者番号 0123456) 2 小慢(受給者番号) 無
2	フリガナ 氏名			被保険者	有 1 難病(受給者番号)))
3))
4	住所(※4) 〒))

受診者本人の住所と異なる場合は記入

同じ医療保険加入者の中に指定難病又は小児慢性特定疾病の受診者がいる場合は、当該者について記入

・ 支給認定基準世帯員※全員について、漏れなく記入

※支給認定基準世帯員は、受給者の医療保険の種別によって異なります。

「国民健康保険」・「国民健康保険組合」・「後期高齢者医療制度」
→ 同一世帯で同じ保険に加入している方『全員』

「全国健康保険協会」・「健康保険組合」・「共済組合」等
→ 『被保険者』のみ

・ 原則マイナンバーの記入が必要です。これまでの各種申請の際に、既にご提出いただいている方のマイナンバーについては省略できますが、新たに支給認定基準世帯員になった方や前回提出時からマイナンバーに変更があった方については必ず記入してください。
(義務教育修了前の方のマイナンバーの記入は省略可能)

受診を希望する指定医療機関（薬局・訪問看護事業所を含む。）

※ 難病の患者に対する医療等に関する法律（難病法）に基づく指定医療機関を記入してください。（最大10件）
※ 当欄に記入した以外の医療機関であっても、当該機関が難病法に基づく指定医療機関であれば医療費助成を受けることができます。

指定医療機関名	所在地	指定医療機関名	所在地
わかさホームケアクリニック			
泉コメヤ薬局			

記載内容に変更があれば、赤字で訂正
※ 当欄に記入した以外の医療機関であっても、当該機関が難病法に基づく指定医療機関であれば医療費助成を受けることができます。（石川県の指定医療機関は県ホームページで公表しています。）
※ 受給者証に印字はされませんが、情報管理のため記入をお願いします。

提出者が受診者又は保護者と異なる場合	氏名 住所 TEL (— —)	受診者との関係(続柄)	申請書類の提出者が受診者又は保護者と異なる場合（ご家族の方や施設職員など）は記入	里権確認
--------------------	-------------------------	-------------	------------------------------------------	------

※2 指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成受給が「有」の者については、当該者の受給者証の写しを添付すること。
※3 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、後期高齢者医療保険の場合は受診者と同じ住民票上で後期高齢者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すること。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すること。
※4 支給認定基準世帯員の住所については、受診者本人の住所と異なる場合のみ記入してください。