



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"/> 特定医療費（指定難病）支給認定申請書 ・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？																
<input type="checkbox"/> 臨床調査個人票（診断書） ・記載年月日が6ヶ月以内のものですか？																
<input type="checkbox"/> 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																
<input type="checkbox"/> 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、申請月を含む過去12ヶ月分の内容がわかるものですか？																
<input type="checkbox"/> 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ヵ月以内」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せんか？																
<input type="checkbox"/> 保険証（写し） ・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。必要な方の保険証（写し）が揃っていますか？	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">受診者が加入している保険</th> <th>提出する保険証(写し)の範囲</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2"> ・国民健康保険 ・国民健康保険組合 </td> <td>同じ保険に加入している方(記号・番号が同一の方)全員分</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> ・後期高齢者医療保険 </td> <td>同じ住民票上で、後期高齢者医療保険に加入している方全員分</td> </tr> <tr> <td rowspan="2"> ・全国健康保険協会 ・健康保険組合 ・共済組合 ・船員保険 など </td> <td>受診者が被保険者の場合</td> <td>受診者(=被保険者)本人の分のみ</td> </tr> <tr> <td>受診者以外が被保険者の場合</td> <td>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</td> </tr> </tbody> </table>		受診者が加入している保険		提出する保険証(写し)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	・後期高齢者医療保険		同じ住民票上で、後期高齢者医療保険に加入している方全員分	・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(=被保険者)本人の分のみ	受診者以外が被保険者の場合	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
	受診者が加入している保険		提出する保険証(写し)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													
	・後期高齢者医療保険		同じ住民票上で、後期高齢者医療保険に加入している方全員分													
・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(=被保険者)本人の分のみ														
	受診者以外が被保険者の場合	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														
<input type="checkbox"/> 個人番号（マイナンバー）の確認書類 <input type="checkbox"/> 必要なマイナンバーを提出済みのため省略します。 ・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																
<input type="checkbox"/> おたずねシート ・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。

市町村民税非課税世帯で、受診者本人が障害年金・遺族年金等を受給している方 <input type="checkbox"/> 年金証書（写し）又は 年金振込通知書（写し） ・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ですか？
市町村民税非課税世帯で、受診者本人が特別児童扶養手当等を受給している方 <input type="checkbox"/> 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ですか？
「軽症者特例（軽症かつ高額）」に該当する方（以下のいずれか） <input type="checkbox"/> 自己負担上限額管理票（写し） <input type="checkbox"/> 軽症高額療養証明書* <input type="checkbox"/> 領収書（又は明細書）の写し ・申請月を含む過去12か月において、指定難病に関するひと月あたりの医療費総額が33,330円を超える月が3回以上ありますか？
「高額かつ長期」に該当する方（以下のいずれか） <input type="checkbox"/> 自己負担上限額管理票（写し） <input type="checkbox"/> 高額長期療養証明書* <input type="checkbox"/> 領収書（又は明細書）の写し ・申請月を含む過去12か月において、指定難病に関するひと月あたりの医療費総額が5万円を超える月が6回以上ありますか？
同一保険世帯内に、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 <input type="checkbox"/> 該当者の受給者証（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 <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 同意書（国共済・地共済等加入者用）*
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 (詳細は更新のご案内6ページ) <input type="checkbox"/> 特定医療費（指定難病）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 <input type="checkbox"/> 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