

記載内容の訂正を行う場合、
チェックを入れてください。

記入例

〒000-0000

加賀市〇〇町〇丁目〇番地

石川 太郎 様

変更事項がある場合、訂正事項
を朱書き訂正のうえ左に

省略不可
更新時もマイナンバー記入ください

C1 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)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
	フリガナ	イカ ハナ	年齢	生年月日											
	氏名	石川 花子	平成20年4月1日	記載内容に変更があれば 赤字で訂正してください。											
	【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。	受診者との続柄を 記入してください。													
申請者	フリガナ	イカ ハナ	受診者との続柄												
	氏名	石川 太郎	重症患者認定基準、人工呼吸器等装着者、 高額治療継続者に該当する方はチェック してください。												
	住所	〒(000-0000) 加賀市〇〇町〇丁目〇番地	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。												
	自己負担上限額の特例 (該当するものに <input checked="" type="checkbox"/>)	<input checked="" type="checkbox"/> 重症患者認定	<input checked="" type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着	<input checked="" type="checkbox"/> 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 (有の場合は全額が控除できるものを添付) ※添付がない場合、正 Ⅲ (低所得Ⅱ) の階層区分															
指定医療機関	受診を希望する医療機関名 (薬局、訪問看護事業所を含む)														
	加賀市民病院														
	加賀市医療センター 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。)														
※ 上に記入した以外の医療機関であっても、 当該機関が児童福祉法に基づき指定された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。															
登録者証申請 (※1) 申請する・申請しない・発行済 (発行自治体名:)															
上記のとおり、小児慢性特定疾病医療費支給認定を申請します。 令和 6 年 〇 月 〇 日 希望の有無等を記載。															
申請者氏名 石川 太郎															
石川県知事 殿															

※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）

受診者が社会保険（全国健康保険協会、健康保険組合など）の場合は、被保険者又は被扶養者について○をつけてください。

	氏名		受診者との続柄	【社会保険の方】	指定難病又は小児慢性特定疾病の有無（※1）
	被保険者	被扶養者の別			
受診者	石川 花子		本人	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	<input type="checkbox"/> 有 難病（受給者番号 <input type="checkbox"/> 無
1	(フリガナ) 氏名	イシカワ タロウ 石川 太郎	父	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	<input type="checkbox"/> 有 1 難病（受給者番号 <input type="checkbox"/> 無
	生年月日	昭和55年 3 月 1 日			
	個人番号（※2）	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1			
	住所（※3）				
2	(フリガナ) 氏名	イシカワ ユキコ 石川 雪子	母	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	<input checked="" type="checkbox"/> 有 1 難病（受給者番号 7654321 <input type="checkbox"/> 2 小慢（受給者番号 <input type="checkbox"/> 無
	生年月日	昭和60年 2 月 1 日			
	個人番号（※2）	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 2			
	住所（※3）				
3	(フリガナ) 氏名	イシカワ イチロウ 石川 一郎	弟	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	<input type="checkbox"/> 有 1 難病（受給者番号 <input type="checkbox"/> 2 小慢（受給者番号 <input type="checkbox"/> 無
	生年月日	平成25年 1 月 1 日			
	個人番号（※2）				
	住所（※3）				

指定難病または小児慢性特定疾病の受診者がいる場合には、受給者番号を記入してください。

○ 有
1 難病（受給者番号 7654321
2 小慢（受給者番号
無

・ 支給認定基準世帯員全員について、漏れなく記入してください。（☞5ページ参照）

※支給認定基準世帯員は、受診者の加入している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」 → 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

・ マイナンバーは省略不可です。更新時においてもご記入ください。

※義務教育終了前の方のマイナンバーの記入は省略可能

※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

※3支 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。 合のみ記入してください。

※センター押印欄

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

受付者	身元確認	番号確認	代理権確認