

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、提出する書類の口にチェックを記入してください。

<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（更新） <ul style="list-style-type: none"> ・（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？ 		
<input type="checkbox"/> 医療意見書		
<input type="checkbox"/> 医療意見書の研究等への利用についての同意書 <small>・同意しない場合も署名しない状態で提出が必要です。</small>		
<input type="checkbox"/> 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		
<input type="checkbox"/> 自己負担上限額管理票（写し） ※黄色の受給者証の裏面 <small>・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？</small>		
<input type="checkbox"/> 世帯全員の住民票 <ul style="list-style-type: none"> ・「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？ 		
<input type="checkbox"/> 保険証（写し） <ul style="list-style-type: none"> ・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？ <small>※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。案内参照</small>	受診者が加入している保険 <ul style="list-style-type: none"> ・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
	<ul style="list-style-type: none"> ・全国健康保険協会 ・健康保険組合 ・共済組合 	受診者が被保険者の場合 受診者の分
	<ul style="list-style-type: none"> ・船員保険など 	受診者以外が被保険者の場合 受診者と被保険者の分 <small>※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</small>
<input type="checkbox"/> 個人番号（マイナンバー）の確認書類 <ul style="list-style-type: none"> ・<u>毎年提出が必要です。</u>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"/> アンケート <ul style="list-style-type: none"> ・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、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5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5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）**

R6.1.1 能登半島地震にて医療費の窓口負担免除、保留を活用した方で、自己負担上限額管理票に記載が無い場合は金額がわかる書類をご提出ください。

- ・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

- 保険者への照会に係る同意書***

「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）

- 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