

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"/> 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 <ul style="list-style-type: none"> ・同意しない場合も署名しない状態で提出が必要です。
<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 <ul style="list-style-type: none"> ・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？
<input type="checkbox"/> 受診者の住民票 <ul style="list-style-type: none"> ・「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）マイナンバーは見えないようになっていますか？
<input type="checkbox"/> 受診者の保険証（写し）
<input type="checkbox"/> 個人番号（マイナンバー）の確認書類 <ul style="list-style-type: none"> ・毎年提出が必要です。※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。

血友病 A、血友病 B 及び血液凝固因子製剤の投与に起因する H I V 感染症患者の方

特定疾病療養受領証（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がある方)

同意書（国共済・地共済等加入者用）*

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 4 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