

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書

※ 保 健 所 記 入 欄	申請種別	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 転入()より <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 変更・追加(月額・疾病)	自己負担区分	基準額 () 円	
	血友病	該当しない / 該当する(自己負担なし)		生保・低1・低2・一般I・一般II・上位	
	成長ホルモン治療	なし・あり()まで	按分特例	() 円	
	公費負担番号		受給者番号		承認期間
	疾病番号				

受診者	フリガナ			生年月日 (年齢)	年 月 日 (年齢 歳)
	氏名				
	住所	〒 (TEL)			
	個人番号				
	加入医療保険	被保険者氏名		受診者との続柄	
被保険者証 発行機関名			被保険者証の 記号・番号		
保険種別		協管・健組・日雇特例・船員・共済・国保(一般・退職・組合)・後期高齢・生保			
保護者	フリガナ			受診者との続柄	
	氏名				
	住所	〒 (TEL) <input type="checkbox"/> 受診者に同じ			
	個人番号				
支給を開始することが 適当と考えられる 年月日 (※1、2)	【左記の欄が申請日から1か月以上前の年月日となっている理由】 <input type="checkbox"/> 医療意見書の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 症状の悪化により、申請書類の準備や提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> 大規模災害に被災したことにより、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他 [年 月 日]				
受診を希望する 指定医療機関	名称 :	〒		TEL :	
所在地:					
尼崎市健康手帳	<input type="checkbox"/> 交付を希望する <input type="checkbox"/> 希望しない				
医療受給者証の 受け取り方法	<input type="checkbox"/> 申請者住所に送付(普通郵便) <input type="checkbox"/> 市窓口 (北部保健福祉センター・南部保健福祉センター・保健所) <input type="checkbox"/> その他(送り先を指定) 宛名: _____ 〒 _____				

※1 支給開始日は、指定医が「疾病の状態の程度」を満たしていると診断した日から1か月前(やむを得ない理由により申請が行えなかった場合は最長3か月前)の同じ日まで遡ることが可能。そのため、申請日に関わらず、医療意見書に記載された診断年月日等、医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日を記載。
 ※2 更新の場合は、原則記入不要。
 ※3 裏面がありますので、忘れずご記載ください。

