

# 小児慢性特定疾病医療証(成長ホルモン治療について記載無し)の交付申請書

## 1 受診者

氏名 \_\_\_\_\_ 受給者番号 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

## 2 申請者

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_

電話番号  受診者と同じ ※受診者と異なる場合は下線に記入してください

\_\_\_\_\_

住 所  受診者と同じ ※受診者と異なる場合は下線に記入してください

\_\_\_\_\_

## 3 加入医療保険が変更した方は、新しい医療保険をご記入ください。

種別 [ 協会・船員・日雇・組合・共済・国保(退職被保険者)・国保組合・生保 ]

本人・家族の別 [ 本人 ・ 家族 ]

記号 \_\_\_\_\_ 番号 \_\_\_\_\_ 保険者番号 \_\_\_\_\_

※以下の項目に同意できない場合は、の中に×印を記載してください。

医療費支給認定のため、申請者、受診者及び受診者と同一医療保険上の世帯員の住民登録情報、税情報及び所得区分情報を確認します。

中野区長 宛て \_\_\_\_\_

上記のとおり、小児慢性特定疾病医療証(成長ホルモンの記載無し)の交付を申請します。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_