

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書兼登録者証申請書

受 診 者	フリガナ											生 年 月 日 年 月 日生 (満 歳)									
	氏 名																				
	住 所	〒						電話番号	()												
		中野区 丁目 番 号										(マンション名等)									
加入医療保険		種別	国保・国組 社保・生保		保険者名				被保険者 □申請者と同じ				本人・家族		資格取得年月日 年 月 日						
		記号			番号			枝番			保険者番号										
疾 病 名		1				2				3											
月 額 負 担 上 限 額の特例(※1)		該当する項目に○を 付けてください。				重症申請				人工呼吸器等装着				高額かつ長期				世帯内按分			
受 診 医 療 機 関	名称									名称											
	所在地									所在地											
	名称									名称											
	所在地									所在地											
申 請 者	フリガナ											受診者との続柄									
	氏 名											父 ・ 母 ・ その他()									
	住 所	□ 受診者の住所・電話番号と同じ場合は、□にチェックしてください(記載省略可)。 ※ 受診者と異なる場合は、下欄に記入してください。																			
		〒						電話番号	()												
		都道 府県				区郡 市町村				丁目 番 号											
		(マンション名等)																			
今回申請する受診者と同じ医療保険の世帯内にいる指定難病若しく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								氏名 (難病・小慢)受給者番号													
								氏名 (難病・小慢)受給者番号													
小児慢性特定疾病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 ※2 年 月 日								【左記の欄の申請日から1か月以上前の年月日となっている理由】 ☐ 医療意見書の受領に時間を要したため ☐ 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 ☐ 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 ☐ その他 ()													
登録者証申請 ※3								申請する ・ 申請しない													
中野区長 宛て 上記のとおり、□小児慢性特定疾病医療費の支給 □登録者証 を申請します。 年 月 日 申請者氏名								以下の項目に同意できない場合は、□の欄に×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。また、医療意見書の確認のため、関係医療機関に照会します。													

※1 重症申請…重症認定基準を満たしている、人工呼吸器等装着…人工呼吸器等を装着している、高額かつ長期…医療費総額が5万円／月(医療保険の2割負担の場合、医療費の自己負担が1万円／月)を超える月が年間6回以上ある、世帯内按分…医療保険上の世帯内に小児慢性特定疾病又は難病の認定受給者がいる

※2 支給開始日は、申請日から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、申請日にかかわらず、医療意見書に記載された診断年月日等、小児慢性特定疾病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

※3 「申請する」を選択した場合、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ります。