

＜受診者と同じ公的医療保険に加入する方の情報（支給認定世帯、按分世帯の確認）＞

- 1 受診者本人と同一の公的医療保険（以下「健康保険」）に加入する方（健康保険の被保険者証の記号・番号が受診者と同じ方）全員を記入してください。（同居・別居は関係ありません。）
- 2 受診者本人が国民健康保険（市町村発行）又は国民健康保険組合に加入している場合で、保護者が後期高齢者医療の被保険者の場合は、健康保険が異なりますが、保護者も記入してください。
- 3 個人番号は受診者本人及び受診者と同一の健康保険に加入する方のうち、被保険者（2の後期高齢者医療の被保険者を含む）のみ記入してください。なお、当該制度において、既に提出済みの場合は記入不要です。

世帯員氏名 ----- 個人番号 ※既に提出済みの場合は不要	居住地 (受診者と異なる場合に記入)	受診者 との 続柄	生年月日	小児慢性又は指定難病受給者は該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> (申請中を含む)	左記の 受給者番号	職員記入欄	
						市町村民税 (所得割)	按分前後の 自己負担 上限月額
		受診者	年 月 日	<input type="checkbox"/> 指定難病 (今回申請する 小児慢性疾病以外 の指定難病)			
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 小児慢性 <input type="checkbox"/> 指定難病			
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 小児慢性 <input type="checkbox"/> 指定難病			
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 小児慢性 <input type="checkbox"/> 指定難病			
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 小児慢性 <input type="checkbox"/> 指定難病			
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 小児慢性 <input type="checkbox"/> 指定難病			
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 小児慢性 <input type="checkbox"/> 指定難病			

※上記世帯員の個人番号を市で閲覧することに同意する場合はに
チェックをお願いします。→

所得割合計

＜受診を希望する指定小児慢性特定疾病医療機関＞

受診を希望する病院、診療所、薬局、訪問看護ステーションを全て記入してください。

該当する場合は <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 院外薬局の利用はない
名称	①	②
所在地		
名称	③	④
所在地		
名称	⑤	⑥
所在地		
名称	⑦	⑧
所在地		
名称	⑨	⑩
所在地		
名称	⑪	⑫
所在地		

