

(様式第1号の裏面) 支給認定基準世帯員及び医療機関確認書

<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。又、成年患者についても、満18歳に達する前の日以降においても同様な関係にあると認められる者も記入してください。
- 3 マイナンバー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。

世帯員氏名 マイナンバー	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特定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			

※上記世帯員のマイナンバー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。 → 同意します

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		