

受給者番号							
-------	--	--	--	--	--	--	--

小児慢性特定疾患医療受診券交付申請書							
受 診 者	フリガナ	-----		性	1 2	生年月日	3 昭 年 月 日
	氏 名			別	男 女	(年齢)	4 平 (満 歳)
	住 所	〒		電話 () -			
	加入医療保険	被保険者氏名			本人・家族の別	1 本人 2 家族	
保 険 種 別		協 ・ 組 ・ 共 ・ 国 ・ 生保					
被 保 険 者 証 の記号・番号							
被 保 険 者 証 発 行 機 関 名				保 険 者 番 号			
生 計 中 心 者	氏 名				受診者との 続 柄		
	住 所						
	今回申請する受診者以外に既に同一生計内で受診券の交付を受けている者		有 (氏名)		無		
疾 患 名					重症申請	有 ・ 無	
医 療 機 関	名 称				医療機関 コード		
	所 在 地	〒					
<p>上記のとおり小児慢性特定疾患医療受診券の交付を申請します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">申請者 氏 名 (自署もしくは記名押印) 受診者との続柄</p> <p style="text-align: center;">電 話 () -</p> <p>新潟県知事 泉 田 裕 彦 様</p>							

- (注) 1 申請者は当該児童の保護者等としてください。
 2 提出の際は次の書類を添付してください。
 ① 別記第2号様式の診断書 ② 世帯全員の住民票 ③ 別記第3号様式の同意書
 ④ 別記第3-2号様式の同意書 ⑤ 当該児童の保険証の写し
 ⑥ 生計中心者の所得に関する状況を確認できる書類（重症患者、血友病（先天性血液凝固因子障害等治療研究事業の対象にされている疾患を含む。）の申請の場合は不要。）
 ⑦ 被保険者の住民税（非）課税証明書（高額療養費に係る所得区分照会のため必要な場合があります。）
 3 申請者欄に、申請者が記入事項を自署する場合は、申請者の押印は不要です。
 4 重症申請欄の「有」に○を付した場合は、診断書の重症患者認定に関する記載が必要です。（身体障害者手帳の写しで代えられる場合があります。）

