

特定医療費（指定難病）支給認定申請書（変更）

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

愛媛県知事 様

居 住 地 \_\_\_\_\_

申 請 者

氏 名 \_\_\_\_\_

(受診者との続柄 \_\_\_\_\_)

電 話 番 号 \_\_\_\_\_

※居住地と電話番号は、受診者本人と異なる場合のみ記入  
 ※受診者本人又は保護者以外の場合は、委任状が必要

受 診 者	受給者番号							
	フリガナ				年 齢	歳	生年月日	
	氏名						年	月
	居住地	〒 _____				電話番号	_____	
指 定 難 病  (該当するものにレ印)	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	病名： _____						
	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	病名： _____						
	<input type="checkbox"/>	軽症高額該当	申請日の属する月以前の12か月の間に、指定難病に関する月ごとの医療費総額が、33,330円を超える月が3回以上あった。					
自 己 負 担 上 限 額  (該当するものにレ印)	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器・体外式補助人工心臓装着者の基準に該当した。						
	<input type="checkbox"/>	高額かつ長期	申請日の属する月以前の12か月の間に、指定難病に関する月ごとの医療費総額が、50,000円を超える月が6回以上あった。					
	<input type="checkbox"/>	現在認定を受けている難病以外の疾病で小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている又は申請中である。						
	<input type="checkbox"/>	今回申請する受診者と 同じ医療保険の世帯内 にいる指定難病又は小 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	受給者番号					(難病・小慢)
			氏名	_____				
<input type="checkbox"/>	同上	受給者番号					(難病・小慢)	
		氏名	_____					
<input type="checkbox"/>	そ の 他 ( _____ )							
支給開始の遡り (該当するものにレ印) ※病名変更・追加時のみ	<input type="checkbox"/> 希 望 す る <input type="checkbox"/> 希 望 し な い							
特定医療費の支給 を開始することが 適当と考えられる 年月日 (診断年月日または軽症 高額の基準を満たした日 の翌日)	_____年 _____月 _____日			【左記の欄が申請日から1か月以上前の年月日となっている理由】 <input type="checkbox"/> 臨床調査個人票の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 症状の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> 大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )				
[保健所記入欄]	_____年 _____月 _____日			《裏面に続く》				

