

特定医療費（指定難病）支給認定申請書（新規・更新）

※新規、更新のいずれかに○を付すること

受診者	受給者番号 <small>(※更新申請時のみ記入)</small>											
	フリガナ											
	氏名	年齢	歳	生年月日 年 月 日								
	居住地	〒							電話番号			
	加入医療保険 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者 <input type="checkbox"/> 加入あり(右欄も記入) <input type="checkbox"/> 加入なし(該当する場合レ印)	フリガナ	被保険者氏名		受診者との続柄							
	保険種別	<ul style="list-style-type: none"> ・協管本人 ・協管家族 ・健組本人 ・健組家族 		<ul style="list-style-type: none"> ・共済本人 ・共済家族 ・船員保険 		<ul style="list-style-type: none"> ・国保一般 ・国保退職 ・国保組合 ・後期高齢 		被保険者証の記号・番号				
	被保険者証発行機関名											
指定難病 <small>(該当するものにレ印)</small>	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 <small>(該当するものにレ印)</small>	<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										
		受給者番号								(難病・小慢)		
		氏名										
臨床調査個人票を作成した医療機関 <small>(記載の医療機関以外でも指定医療機関であれば、医療費の助成を受けることができます。)</small>	医療機関名				所在地							
愛媛県知事 様	年 月 日											
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												

