

# 提出書類チェック表 (裏面もあります)

提出書類と一緒にこのチェック表も提出してください！

## 《日中の連絡先》

➤ 平日の9時～17時に連絡がとれる方の連絡先を記入してください。

| 連絡がとれる方の氏名 | 受診者との続柄 | 電話番号 | 備考 |
|------------|---------|------|----|
| 受診者氏名〔 〕   |         |      |    |

- ・提出書類に確認事項等があった場合、保健福祉センター等からご連絡いたします。
- ・時間指定が必要な場合は、できるだけ幅を持たせた時間帯を備考にご記入ください。

## 《すべての方が必要な書類》

➤ 書類が全て揃っているか、再度ご確認ください、提出する書類の口にチェックを記入してください。

|  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（更新）</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・（受診者が18歳未満）保護者（受診者が加入している医療保険の被保険者の方等）が申請していますか？</li> <li>・（受診者が18歳以上）受診者本人名義で申請していますか？（代理人の場合、「委任状」はありますか？）</li> <li>・申請書の記載内容に変更があった場合、赤字で修正されていますか？</li> <li>・記入例を参考に、記載漏れはございませんか？</li> </ul> |  |   |
| <input type="checkbox"/> <b>医療意見書</b>  |  |   |
| <input type="checkbox"/> <b>医療意見書の研究等への利用についての同意書</b> ・同意しない場合も署名しない状態で提出が必要です。  |  |   |
| <input type="checkbox"/> <b>小児慢性特定医療費医療受給者証（写し）</b> ※黄色の受給者証の表面  |  |   |
| <input type="checkbox"/> <b>自己負担上限額管理票（写し）</b> ※黄色の受給者証の裏面 <ul style="list-style-type: none"> <li>・自己負担上限額管理票は、申請月を含む過去12か月分の内容がわかるものですか？</li> </ul>   |  |   |
| <input type="checkbox"/> <b>世帯全員の住民票</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「同一世帯の者すべてが記載」「続柄あり」「発行日から3か月以内」のものですか？</li> <li>・（マイナンバーが記載された住民票の場合）受診者本人と支給認定基準世帯員以外のマイナンバーは見えないようになっていますか？</li> </ul>   |  |   |
| <input type="checkbox"/> <b>保険証（写し）</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・受診者が加入している保険の種類によって、提出範囲が異なります。</li> <li>・必要な方の保険証（写し）が揃っていますか？</li> <li>※マイナンバーカードは、保険証の写しとして使用できません。案内参照</li> </ul>  | 受診者が加入している保険 <ul style="list-style-type: none"> <li>・国民健康保険</li> <li>・国民健康保険組合</li> </ul>                              | 提出する保険証(写し)の範囲 <ul style="list-style-type: none"> <li>同じ保険に加入している方(記号・番号が同一の方)全員分</li> </ul>  |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・全国健康保険協会</li> <li>・健康保険組合</li> <li>・共済組合</li> <li>・船員保険</li> <li>など</li> </ul> | 受診者が被保険者の場合 <ul style="list-style-type: none"> <li>受診者の分</li> </ul> 受診者以外が被保険者の場合 <ul style="list-style-type: none"> <li>受診者と被保険者の分</li> <li>※被保険者氏名が記載されている場合、受診者の分のみで可</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・マイナ保険証の場合：医療保険の保険者が交付している「資格確認書（写し）」orマイナポータルからダウンロードした「医療保険の資格確認情報」を印刷したものor「健康保険証情報」画面を印刷したもの（保険変更がない場合は「資格確認のお知らせ（写し）」でも可）</li> </ul>   |  |   |
| <input type="checkbox"/> <b>個人番号（マイナンバー）の確認書類</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・<b>毎年提出が必要です。</b>必要な方のマイナンバー確認書類が揃っていますか？※詳細は更新のご案内4ページ参照</li> </ul>   |  |   |
| <input type="checkbox"/> <b>アンケート</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・記載漏れはございませんか？</li> </ul>   |  |   |

**裏面（該当する方のみ必要な書類）も必ずご確認ください。**

## 《該当する方のみ必要な書類》

➤ 書類が揃っているか、再度ご確認ください、提出する書類にチェックを記入してください。

\*印の書類は、県のホームページ、又は窓口(住所地を管轄する保健福祉センター等)で入手可能です。

市町村民税非課税世帯で、申請者が障害年金・遺族年金等を受給している方

- 年金証書（写し）又は年金振込通知書（写し）**  
・令和6年1～12月分すべての支給による年額が確認できるものですか？

市町村民税非課税世帯で、申請者が特別児童扶養手当等を受給している方

- 特別児童扶養手当等の証書（写し）又は支給決定額の通知書（写し）**  
・令和6年1～12月分すべての支給による年額が確認できるものですか？

「高額かつ長期」に該当する方

- 重症患者認定申告書**  
 **自己負担上限額管理票（写し）**  
・申請月を含む過去12か月において、小児慢性特定疾病に関する1か月の医療費総額が5万円を超える月が6回以上ありますか？

「重症患者認定基準」に該当する方

- 重症患者認定申告書**  
 **障害者年金証明書・身体障害者手帳（写し）** ※交付を受けている方のみ

「人工呼吸器等装着者認定基準」に該当する方

- 人工呼吸器等装着者証明書**

受診者が指定難病の医療費助成の受給者でもある方

- 受診者の特定医療費（指定難病）受給者証（写し）**

受診者と同じ医療保険の中に、指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成の受給者がいる方

- 当該受診者の特定医療費（指定難病）受給者証（写し）**

「国民健康保険組合」又は「石川県外の市区町村国民健康保険」に保険が変更された方

- 保険者への照会に係る同意書\***

「国家公務員共済組合」又は「地方公務員共済組合」に加入している方で、非課税世帯の方（もしくは非課税世帯の可能性のある方）

- 同意書（国共済・地共済等加入者用）\***

更新手続きと一緒に、現在お持ちの受給者証の記載内容を変更される方

（詳細は更新のご案内7ページ参照）

- 受給者証の原本**  
・郵送の方はお手元にコピーを取っておくことをお勧めします
- 変更申請書\***  
・特例の適用や保険変更等に伴う支給認定基準世帯員の変更、前年の所得・収入減などで自己負担上限額が変わる方のみ