

小児慢性特定疾病医療費医療受給者証

食事療養費の自己負担
 ・半額自己負担の場合→「52238011」
 ・自己負担なしの場合→「52237013」

交付番号 第 一 号

公費負担者番号		受給者番号					
5 2 2 3 8 0 1 1		1 2 3 4 5 6					
受 診 者	フリガナ	アイチ タロウ		性別	生 年 月 日		
	氏 名	愛知 太郎		男	平成〇〇年〇〇月〇〇日		
	フリガナ	ナゴヤシ ナカク サンマル					
	住 所	名古屋市中区三の丸三丁目1番2号					
	保険者番号・保険者名	123456 〇〇〇〇			保険の種類※	7	
	被保険者証の記号・番号	12-345			適用区分	エ	
	疾病コード	疾病区分	01	疾病コード	01078		
その他疾病	疾病区分		疾病コード				
保 護 者	フリガナ	アイチ ハジメ			続柄		
	氏 名	愛知 一			父		
	フリガナ	ナゴヤシ ナカク サンマル					
	住 所	名古屋市中区三の丸三丁目1番2号					
有 効 期 間	平成 31 年 4 月 1 日 から 平成 32 年 3 月 31 日 まで						
負 担	自己負担上限額	月額	2,500 円		階層区分	C1	
	人工呼吸器等装着	非該当		高額かつ長期	非該当		
				重症患者認定	該当		
受診者と同じ世帯内にいる 指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成の受給者				無			
指 定 医 療 機 関	名称	医療機関コード		所在地			
	〇〇病院	0123456789		名古屋市中区三の丸三丁目1番2号			
	〇〇薬局	1234567890		名古屋市中区三の丸三丁目1番2号			
	その他、申請した指定医療機関(病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション)						
愛知 太郎 様 上記のとおり認定します。 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 愛知県〇〇保健所長							

※保険の種類:1 協会 2 組合 3 日雇 4 船員 6 共済 7 国保 8 生保 9 その他()

※※原則として、申請した指定医療機関(病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション)に受診することとする。ただし、緊急その他やむを得ない場合には、申請手続きを行っていない指定医療機関での診療等も小児慢性特定疾病医療費助成の支給対象となる。

記載誤りのあった箇所

注意事項

- 1 この証を交付された方は、小児慢性特定疾病について保険診療を受けた場合、表面に記載された額（自己負担上限月額）までを限度とする金額を医療機関に対して支払うこととなります。
- 2 対象となる医療は、支給認定の対象となった小児慢性特定疾病及び当該疾病に付随して発現する傷病に対する医療に限られています。
- 3 保険医療機関等において診療を受ける場合、被保険者証や組合員証に添えて、この証を必ず窓口へ提出して下さい。
- 4 氏名、居住地、加入している医療保険又は受診している医療機関等に変更があったときは、速やかに、〇〇〇保健所長にその旨を届け出て下さい。
- 5 治癒、死亡等で受給者の資格がなくなったときは、この証を速やかに〇〇〇保健所長に返還して下さい。
- 6 この証を破損したり、汚したり又は紛失した場合は、〇〇〇保健所長にその旨を届け出て下さい。
- 7 この証の有効期間満了後も引き続き継続を希望する場合には、必ず有効期間内に所定の手続きを行って下さい。
- 8 その他小児慢性特定疾病の医療の受給に関する問い合わせは、下記に連絡して下さい。

連絡先

愛知県保健医療局健康医務部健康対策課母子保健G

(TEL 052-954-6283)

又は〇〇〇保健所

(TEL 000-000-0000)