

受給者番号					

特定医療費支給認定申請書（転入）

奈良県知事 殿
 下記のとおり特定医療費の支給を申請します。 年 月 日

受診者	氏名	フリガナ										年齢	歳	生年月日				
	個人番号															明治	大正	昭和
	住所	〒												奈良県				
	電話	自宅						携帯										
	加入医療保険	被保険者氏名											受診者との続柄	本人・家族				
	保険種別	協会健保・健保組合・共済・国保・国保退職・後期高齢・国保組合・その他・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						

受給者証等の送付先 受診者 その他（下記に記入してください。）

（受診者以外への送付を希望する場合は、「その他」にし、希望の送付先を記入）

送付先氏名	フリガナ	受診者との関係
送付先住所	〒	

申請者	申請者区分 (該当に <input checked="" type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> 受診者 ※申請者は原則受診者です。申請者欄の記載は不要です。 <input type="checkbox"/> 保護者 ※受診者が18歳未満の場合は、保護者が申請者となります。 <input type="checkbox"/> その他 ※別途、委任状等の提出が必要です。										
	氏名	フリガナ										電話
	個人番号※											
	住所	〒	フリガナ									

転入年月日	年 月 日	転入元の都道府県名 政令指定都市名
-------	-------	----------------------

疾病名		同一人物が他の疾患で特定医療費助成又は小児慢性特定疾病医療費助成を受けている場合は、その受給者番号を記載してください。 ()
-----	--	--

特例 (該当の場合 <input checkbox"="" checked="" type="checkbox/>)</td> <td><input type="/> 人工呼吸器等装着	<input type="checkbox"/> 軽症高額該当	<input type="checkbox"/> 高額かつ長期 (高額難病治療継続者)
---	---------------------------------	--

受診者と同じ世帯内に、他に特定医療受給者はいますか（申請中の方を含む。）	いない・いる（氏名）	受給者番号（）
--------------------------------------	------------	---------

受診者と同じ世帯内に、他に小児慢性特定医療受給者はいますか（申請中の方を含む。）	いない・いる（氏名）	受給者番号（）
--	------------	---------

受診を希望する指定医療機関（訪問看護事業所及び薬局を含む。）

①当該疾病について、治療等を受ける指定医療機関を記載してください。
 臨床調査個人票を記載した指定医療機関を必ず記載してください。
 ②利用する調剤薬局を記載してください。
 ③訪問看護事業所を利用する場合は、別に訪問看護利用届の提出が必要です。

指定医療機関等	所在地	保健所受付印

上欄には、今後主に受診する医療機関（病院・診療所）の名称および所在地を1か所記載してください。

整理欄
その他なし

【裏面の世帯調書にもご記入ください。】

(裏面)

受診を希望する指定医療機関等について、表面の枠が足りない場合は、下記にお書きください。

指定医療機関等 (医療機関・訪問看護事業所・調剤薬局名)	所在地

世帯調書

- 住民票上の世帯全員について記載してください。
※住民票が別でも同じ医療保険に加入している方が他にいる場合は、その方も記載してください。
- 生活保護受給者の方も記載してください。

世帯員氏名	生年月日	受診者との 続柄	住民票が 別の場合○	加入医療保険種別と被保 険者・被扶養者の別
1	M・T・S・H・R ・			協会健保・健保組合・共済・ 国保・国保退職・後期高齢・ 国保組合・その他・生保 被保険者 ・ 被扶養者
個人番号				
2	M・T・S・H・R ・			協会健保・健保組合・共済・ 国保・国保退職・後期高齢・ 国保組合・その他・生保 被保険者 ・ 被扶養者
個人番号				
3	M・T・S・H・R ・			協会健保・健保組合・共済・ 国保・国保退職・後期高齢・ 国保組合・その他・生保 被保険者 ・ 被扶養者
個人番号				
4	M・T・S・H・R ・			協会健保・健保組合・共済・ 国保・国保退職・後期高齢・ 国保組合・その他・生保 被保険者 ・ 被扶養者
個人番号				
5	M・T・S・H・R ・			協会健保・健保組合・共済・ 国保・国保退職・後期高齢・ 国保組合・その他・生保 被保険者 ・ 被扶養者
個人番号				
6	M・T・S・H・R ・			協会健保・健保組合・共済・ 国保・国保退職・後期高齢・ 国保組合・その他・生保 被保険者 ・ 被扶養者
個人番号				
7	M・T・S・H・R ・			協会健保・健保組合・共済・ 国保・国保退職・後期高齢・ 国保組合・その他・生保 被保険者 ・ 被扶養者
個人番号				