

令和6年度小児慢性特定疾病医療受給者証更新申請のご案内

現在お持ちの医療受給者証の有効期間は令和6年9月30日までです。

10月1日以降も引き続き受給者証の交付を受けるためには更新申請が必要です。

お盆期間も
開庁しています。

1. 更新申請受付期間

令和6年6月20日(木)～令和6年8月16日(金)

・上記の受付期間を過ぎても、9月30日(月)までであれば更新申請ができますが、受給者証の郵送が10月以降になる場合があります。

・有効期間内に申請できなかった場合、資格喪失となり、再び給付を希望される場合は新規申請が必要です。

※満18歳以上の方は更新せず資格喪失した場合、新規申請ができません。ご注意ください。

2. 申請の流れ

(1) 指定医に「小児慢性特定疾病医療意見書」等の作成を依頼してください。

裏面★マークの書類を確認してください。

※出来上がりまでに数週間を要することが多いので早めに依頼しましょう。

(2) 裏面の必要書類をそろえてください。

※現在加入している健康保険の種類によって必要な書類が異なりますのでよく確認してください。

(3) 最寄りの保健福祉事務所に書類を提出してください。(郵送も可能です。)

小児慢性特定疾病医療受給者証			
公費負担番号	5 2 4 1 8 0 1 9		
受給者番号	0 1 4 7 6 5 2		
受診者	居住地	佐賀市北川副町 古賀	
	氏名	佐賀 太郎	
	生年月日	平成14年2月2日	性別 男
保護者	居住地	佐賀市北川副町 古賀	
	氏名	佐賀 テスト	続柄 父
	疾病名	悪性脳腫瘍 <small>(記載の疾病及びこれに付随して発症する疾病以外の治療は医療費助成対象外)</small>	
保険者名	佐賀銀行健康保険組合		
健康保険証の 記号・番号・検査	サ 123321-03	適用 区分	Ⅱ
有効期間	令和04年(2022年)01月17日 ～ 令和04年(2022年)02月11日 ※		
自己負担上乗額	月額 15,000 円	階層区分	上位
食事療養費	<input type="checkbox"/> 高額かつ長期 <input type="checkbox"/> 重症患者認定 <input checked="" type="checkbox"/>		
負担 人工呼吸器装着	<input checked="" type="checkbox"/>		
<small>受給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 記載されている疾病及び当該難病に付随して発症する疾病以外の治療には適用できません。</small>			

郵送での申請を希望される方へ

- 簡易書留等の送達の記録が残る方法でお送りください。(8月16日(金)必着)
- 小児慢性特定疾病医療受給者証、自己負担上限額管理票、健康保険証、身体障害者手帳、療育手帳、申請者の身元確認ができるもの(運転免許証等)などは写しを郵送してください。
- 小児慢性特定疾病医療受給者証は、見開きで写しを取ってください。
- 申請書には、平日昼間に連絡がつく電話番号の記載をお願いします。
- 郵送で提出される場合の送料(再提出も含む)は自己負担となります。

次の方は8月13日(火曜日)までに申請先の保健福祉事務所に連絡してください。

- 受付期限(8月16日(金))までに申請ができない方
- 更新申請を行わない方(受給者の方が亡くなっている場合を含む)
- 県外へ転出された方、転出予定の方

手続きについてご不明な点がございましたら、
各保健福祉事務所へお尋ねください。



裏面へ

3. 必要書類(1) (保険種別ごとに記載しています。備考を確認ください) ○:必須 ×:不要 △:状況により必要

	書類等	被用者 保険	市町村 国保	国保 組合	備考
<input type="checkbox"/>	小児慢性特定疾病 医療費支給認定申請書 (様式第2号)	○	○	○	変更がある場合は、朱書き訂正をお願いします。 ※個人番号欄:変更がない場合は記入不要です。
<input type="checkbox"/>	★医療意見書	○	○	○	同封の主治医あての文書を医師に渡してください。
<input type="checkbox"/>	同意書(様式第11号)	○	○	○	
<input type="checkbox"/>	住民票謄本	○	○	○	・続柄、筆頭者(本籍地)の記載があるもの ・3か月以内に交付されたもの
<input type="checkbox"/>	同意書(様式第9号)	○	○	○	
<input type="checkbox"/>	健康保険証	○ 受診者	○ 世帯全員	○ 世帯全員	・被用者保険…受診者分 ・市町村国保・国保組合…住民票謄本に記載の全員分
<input type="checkbox"/>	小児慢性特定疾病 医療受給者証	○	○	○	有効期限が令和6年9月30日までと記載のあるもの
<input type="checkbox"/>	療養状況票	○	○	○	
<input type="checkbox"/>	自己負担上限額管理票	○	○	○	令和5年7月～申請日までに受診した分
<input type="checkbox"/>	所得課税証明書 (令和6年度)	△	×	○	・被用者保険…被保険者の市町村民税が非課税の 場合のみ、被保険者分が必要です。 ・国保組合…同じ国保組合の全員分が必要です。
<input type="checkbox"/>	申請者の公的年金(*)等 証明書または通帳	△	△	△	・申請者の市町村民税が非課税の場合に必要です。 ・R5.1.1～12.31までの受給金額が分かるもの
<input type="checkbox"/>	マイナンバーカード	△	△	△	「個人番号が変更になった場合」や、「(市町村国保・ 国保組合の方は)家族が増えた場合」に必要です。

・被用者保険 [例:全国健康保険協会○○支部、○○健康保険組合、○○共済組合]

・市町村国保 [例:○○市、○○町]

・国保組合 [例:全国土木○○、○○国民健康保険組合]

(*)公的年金 [例:障害年金、遺族年金、特別児童扶養手当、障害児童福祉手当、特別障害者手当]

3. 必要書類(2) (該当者のみ:保険種別に関わらず確認してください)

<input type="checkbox"/>	★重症患者認定申請・診断書(様式第3号)	重症患者認定基準に該当している場合
<input type="checkbox"/>	身体障害者手帳や療育手帳(お持ちの方のみ)	重症患者認定基準に該当している場合
<input type="checkbox"/>	★人工呼吸器等装着者用意見書(様式第4号)	人工呼吸器等を装着している場合
<input type="checkbox"/>	ご家族等の指定難病や小児慢性の受給者証	受診者と同じ保険で、指定難病や小児慢性の受給者がいる場合
<input type="checkbox"/>	生活保護受給証明書	生活保護世帯の場合
<input type="checkbox"/>	特定疾病療養受療証(血友病の方のみ)	※提出された場合、 同意書(様式第9号)及び所得課税証明書は不要
<input type="checkbox"/>	委任状	受診者が18歳以上かつご家族が申請者となる場合

★マークの書類は、主治医に作成を依頼してください。

