

転入

特定医療費（指定難病）支給認定申請書

※太枠内を記載してください。

患者	フリガナ											性別	生年月日		
	氏名											男・女	明・大	年 月 日	年齢
	個人番号												昭・平		
	フリガナ 住所	〒										電話番号	- -		
保護者 (患者が18歳未満の場合に記入)	フリガナ											続柄	生年月日		
	氏名												明・大	年 月 日	
	個人番号												昭・平		
	フリガナ 住所	〒										電話番号	- -		
送付先 (患者(患者が18歳未満の場合には保護者)住所以外を希望する場合に記入)	フリガナ														続柄
	氏名														
	フリガナ 住所	〒										電話番号	- -		
患者が加入する医療保険	保険者名											保険者番号			
	被保険者氏名											記号・番号			
指定医療機関 (主な受診希望先1か所)	名 称										所在市区町村				
														市・区 町・村	

※ 特例や軽減を受けるためには、申請が必要です。

該当する場合「○」を御記入ください

軽減申請	同一世帯かつ同一医療保険に指定難病・小児慢性患者がいますので世帯按分に関する自己負担上限月額の軽減を申請します(対象患者の指定難病又は小児慢性の受給者証等の写しが必要です)。	
-------------	---	--

裏面も御確認の上、御署名ください

私は裏面の説明事項を読んだ上で指定難病医療受給者証の交付を申請します。

令和 年 月 日

宮城県知事 殿

患者(又は保護者)氏名 _____

宮城県への同意欄

講演会等の情報提供同意

私は、特定医療費（指定難病）支給認定申請書に記載した情報（住所、氏名など）について、自己の疾患に関連する講演会等の案内を郵送するなど、その目的に必要な範囲内限度で宮城県が情報を利用することに同意します。

同意します 同意しません

【マイナンバーの記載について（お願い）】

平成29年11月からマイナンバー制度が開始されています。お手数ですが、患者及び保護者のマイナンバーの記載とマイナンバー確認書類のご持参に御協力願います。

以下記載不要です
保健所使用欄

該当時チェック
 世帯按分

按分チェック			
種類	受給者番号	氏名	判定 (○・×)
難・小			
難・小			
難・小			

添付書類チェック
<input type="checkbox"/> 前受給者証写し
<input type="checkbox"/> 世帯調書
<input type="checkbox"/> 保険証写し
<input type="checkbox"/> 住民票
<input type="checkbox"/> 税証明
<input type="checkbox"/> 年金手当
<input type="checkbox"/> D同意書
<input type="checkbox"/> 非課税収入申告書
<input type="checkbox"/> 無収入申立書
<input type="checkbox"/> マイナンバー本人確認
<input type="checkbox"/> 保険照会同意書
<input type="checkbox"/> 按分受給者証写し
<input type="checkbox"/> 生保証明

HCNo