

小児慢性特定疾病支給認定申請書

※太枠内を記載してください。

生保切替

開始・廃止

受給者番号

| | | | | | | |
|---|---------------------------------|---|---------------------------------|--------|-------|----|
| 患者 | フリガナ | | 性別 | 生年月日 | | |
| | 氏名 | | 男・女 | 平成・令和 | 年 月 日 | 年齢 |
| | フリガナ住所 | 〒 | 電話番号 | - | - | |
| 保護者 (患者が18歳未満の場合のみ記入) | フリガナ | | 続柄 | 生年月日 | | |
| | 氏名 | | | 明・大昭・平 | 年 月 日 | |
| | フリガナ住所 | 〒 | 電話番号 | - | - | |
| 患者が加入している医療保険 | 保険者名 | | 保険者番号 | | | |
| | 被保険者氏名 | | 記号・番号 | | | |
| いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> | 生活保護開始 <input type="checkbox"/> | | 生活保護廃止 <input type="checkbox"/> | | | |

私は小児慢性特定医療費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

以下記載不要です

保健所使用欄

添付書類チェック (開始)

生保証明

添付書類チェック (廃止)

世帯調書
 保険証写し
 住民票
 税証明
 年金手当
 非課税収入申告書
 無収入申立書
 保険照会同意書
 生保廃止証明

HCNo