|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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等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およ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 | 医療機関等において保険診療を受ける場合、被保険者証や組合員証に添えて、この証を必ず窓口に提出して下さい。 |
| 　 | 4 | 受診している医療機関等に変更・追加があるときは、事前に住所地を管轄する保健所に申請して下さい。なお、緊急その他やむを得ない場合には、表記に記載以外の指定医療機関での診療等も小児慢性特定疾病医療費の支給対象とします。 |
| 　 | 5 | 氏名、居住地、加入している医療保険に変更があったときは、速やかに住所地を管轄する保健所に届け出て下さい。（氏名、住所変更の場合は、世帯全員の住民票添付） |
| 　 | 6 | 治癒、死亡等で受給者の資格がなくなったときは、この証を速やかに住所地を管轄する保健所へ返還して下さい。 |
| 　 | 7 | この証を破損したり、汚したりまたは紛失した場合は、住所地を管轄する保健所へ再交付を申請してください。 |
| 　 | 8 | この証の有効期間満了後も引き続き医療を受けようとするときは、必ず有効期間内に更新の手続を行って下さい。 |
| 　 | 9 | その他小児慢性特定疾病の医療の受給に関しての問い合わせは、住所地を管轄する保健所へ連絡して下さい。 |
| 〇指定医療機関に対するお願い　　小児慢性特定疾病の対象療養に係る高額療養費の自己負担上限額については、入院療養に限り多数回該当が適用となる場合があります。指定医療機関におかれましては、当該制度における入院療養について、個人単位、医療機関単位で多数回該当の適用の有無について確認した上で診療報酬の請求をお願いします。　 |
| 自己負担上限額管理表について　同一月に、同一の医療機関または複数の医療機関等で支払う当該患者の自己負担上限額には、以下のものを含みます。（１）病院・診療所での医療（入院・外来）（２）院外処方による薬局での保険調剤（３）訪問看護 |
|
|

様式第４号 |
| 小　児　慢　性　特　定　疾　病　医　療　受　給　者　証 |
| 公費負担者番号 | 受給者番号 | 経由保健所名 |
|  |  |  |
| 受　　診　　者 | フ リ ガ ナ |  | 生　年　月　日 |
| 氏　　　名 |  |  |
| 住　　　所 |  |
| 保険者名 |  |
| 被保険者証の記号・番号 |  | 適用区分 |  |
| 疾患群名 |  |
| 成長ホルモン治療の有無 |  | ※「無」の場合は、成長ホルモン治療は医療費助成の対象外です。 |
| 保護者 | フリガナ |  | 続　柄 |
| 氏　名 |  |  |
| 住　所 |  |
| （病院・診療所、薬局、訪問看護事業者等）指　定　医　療　機　関　名 |  |
| 負　　担 | 自己負担上限額 | 　月　額　　　　　　円 | 階層区分 |  |
| 入院時の食費負担 |  | 高額かつ長期 |  |
| 人工呼吸器等装着 |  | 重症患者認定 |  |
| 受診者と同一医療保険世帯内にいる指定難病または小児慢性特定疾病の医療費助成の受給者 |  |
| 有 効 期 間 | 　　　　年　　　月　　　日　　から　　　　　　年　　　月　　　　日　　まで |
| 　　　上記のとおり認定する。　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　福井県知事　○○　○○　印　 |