

記入例

医療費【育成】 支給認定（変更認定）申請書（新規・再認定・変更）

※1

受診者	フリガナ	ミヤザキ ハナコ	年齢	生年月日		
	氏名	宮崎 花子	〇〇 歳	平成 令和	△年	〇月 〇日
	住所	宮崎市宮崎駅東1丁目6-2				
保護者	フリガナ	ミヤザキ タロウ	受診者との関係	父・母・その他（ ）		
	氏名	宮崎 太郎		その他（ ）		
	住所 ※2	受診者と異なる場合のみ記入		日中連絡先	080 - 1234 - 5678	
負担額に関する事項	受診者の被保険者証の記号及び番号	1234 5678	保険者名	〇〇健康保険組合		
	受診者と同一保険の加入者	宮崎 太郎、一子、次郎				
	個人番号	受診者の保険証を見ながら記入してください。生活保護の方は 記号・番号 ⇒ ケース番号 保険者名 ⇒ 宮崎市福祉事務所 をご記入ください。				
身体障害者手帳番号		受給者番号				
受診を希望する指定自立支援医療機関	医療機関名	〇〇〇〇病院		所在地・電話番号		
	・薬局 ・訪問看護事業者 を含む			宮崎市□□□… 電話番号は省略可		
職権調査同意 ※3	毎月の自己負担上限額を算定するために、職権にて税情報を照会することについての同意です。		同意する <input checked="" type="radio"/> ・ 同意しない <input type="radio"/>			
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。 ※5			申請者氏名	宮崎 太郎		
宮崎市長 殿				令和 4年 1月 1日		
			保護者欄と同じ方のお名前。押印不要です。			

- ※1 新規・再認定・変更のいずれかに〇をする。
- ※2 受診者本人と異なる場合に記入。
- ※3 再認定または変更の方のみ記入。
- ※4 申請書及び添付書類で所得額等を確認できない場合において、実施機関が職権に基づき市町村等から受診者の世帯や所得等の情報の提供を受けること。（同意があっても、書類の提出を求めることがある。）
- ※5 医療保険の高額療養費多数該当による「重度かつ継続」を申請する場合は、申請月以前の12ヶ月間に受診者の属する医療保険の世帯が高額療養費を3回以上支給された証明等を添付すること。

マスキングしている項目は記入必須です。他は任意ですので空欄でも構いません。

自治体記入欄	
所得額	
備考	