

## 提出書類チェック表

受給者番号 \_\_\_\_\_

対象患者名 \_\_\_\_\_

申請者名 \_\_\_\_\_

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

書類を提出される前に、必要な書類が揃っているか確認をしてください。

提出する書類のチェック欄に☐をして提出してください。

| 番号 | チェック欄                    | 提出書類                                                                                                                                                           | 対象者                                                                                                                                                      |
|----|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ①  | <input type="checkbox"/> | 提出書類チェック表（この用紙です）                                                                                                                                              | 全員                                                                                                                                                       |
| ②  | <input type="checkbox"/> | 小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書                                                                                                                                             |                                                                                                                                                          |
| ③  | <input type="checkbox"/> | 世帯調書<br>※世帯調書にマイナンバーの記載が必要かどうかは、裏面を御確認ください。                                                                                                                    |                                                                                                                                                          |
| ④  | <input type="checkbox"/> | 医療意見書<br>※様式は同封しませんので、指定医に作成を依頼してください。<br>（指定医のみが作成できます。主治医が指定医であるかは医療機関または保健所で御確認ください。）<br>※同一疾病で複数の病院・診療所を同時に申請する場合は、1枚で可<br>※複数の疾病を申請する場合は、それぞれの疾病の医療意見書が必要 |                                                                                                                                                          |
| ⑤  | <input type="checkbox"/> | 同意書1（医療意見書の研究利用についての同意書）                                                                                                                                       |                                                                                                                                                          |
| ⑥  | <input type="checkbox"/> | 申請者及び対象患者さんの属する世帯全員の住民票                                                                                                                                        |                                                                                                                                                          |
| ⑦  | <input type="checkbox"/> | 同意書2（高額療養費の所得区分を照会するための同意書）                                                                                                                                    |                                                                                                                                                          |
| ⑧  | <input type="checkbox"/> | 加入している医療保険の資格情報が確認できる書類<br>※医療保険の種類によって、どなたの分が必要が異なります。<br>必要な方の分が揃っているか裏面でご確認ください。                                                                            | 生活保護受給者<br>を除く全員<br>※生活保護受給者で医療保険<br>に加入している場合は提出が<br>必要                                                                                                 |
| ⑨  | <input type="checkbox"/> | 市町村民税所得・課税(非課税)証明書<br>※医療保険の種類によって、どなたの分が必要が異なります。<br>必要な方の分が揃っているか裏面でご確認ください。                                                                                 | 市町村民税非課税者<br>（被用者保険）<br><br>国保組合加入者                                                                                                                      |
| ⑩  | <input type="checkbox"/> | 申請者の収入を証明する書類<br>（金額が分かる公的機関が発行する書類（直近の年金払込通知書の写し等）又は通帳の写し）                                                                                                    | 市町村民税が非課税で、<br>申請者が次のいずれかを<br>受給している方<br><br>・障害基礎年金、障害厚生年<br>金、障害共済年金、遺族基礎<br>年金、遺族厚生年金、遺族共<br>済年金等の公的年金<br>・特別児童扶養手当、障害児<br>福祉手当、特別障害者手当、<br>経過的福祉手当 等 |
| ⑪  | <input type="checkbox"/> | 重症患者認定申告書                                                                                                                                                      | 該当者                                                                                                                                                      |
| ⑫  | <input type="checkbox"/> | 人工呼吸器等装着者証明書                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                          |
| ⑬  | <input type="checkbox"/> | 生活保護受給証明書                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                          |
| ⑭  | <input type="checkbox"/> | マイナンバー関係書類<br>（裏面に、提出が必要な場合を記載しています。）<br>（提出が必要な場合の必要書類は、別紙「マイナンバー関係提出書<br>類」を御覧ください。）                                                                         |                                                                                                                                                          |
| ⑮  | <input type="checkbox"/> | 不開示申出書<br>（詳しくは、別紙「マイナンバー制度における情報連携の「やりとり記録」<br>について」を御確認ください。）                                                                                                | 申出を行う場合                                                                                                                                                  |
| ⑯  | <input type="checkbox"/> | 委任状（成年患者手続き用）                                                                                                                                                  | 成年患者（18歳以上）<br>本人による申請が難しく、ご家族等が申請者<br>として申請する場合                                                                                                         |

※⑧保険証の写し、⑨市町村民税所得・課税(非課税)証明書は、どなたの分が必要かご確認ください。

| 【被用者保険(全国健康保険協会〇〇支部、共済組合、〇〇健康保険組合 等)の場合】 |                         |                    |                                                                         |
|------------------------------------------|-------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 被保険者の別                                   | 加入している医療保険の資格情報が確認できる書類 | 市町村民税所得・課税(非課税)証明書 |                                                                         |
|                                          |                         | 被保険者が課税の場合         | 被保険者が非課税の場合                                                             |
| 被保険者が対象患者以外                              | 対象患者の分<br>被保険者の分        | 被保険者の分 ★           | ・患者本人の分 ☆<br>(義務教育終了前の場合は省略可)<br>・申請者の分 ☆<br>・被保険者の分 ☆<br>(申請者≠被保険者の場合) |
| 被保険者が対象患者本人                              | 対象患者本人の分                | 対象患者本人の分 ★         | 対象患者本人の分 ☆                                                              |

★マイナンバーを利用した情報照会により、提出省略可能です  
☆マイナンバーを利用した情報照会による提出省略はできません

| 【国民健康保険(市町村国保)の場合】      |                                                                                              |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 加入している医療保険の資格情報が確認できる書類 | 市町村民税所得・課税(非課税)証明書                                                                           |
| 同じ医療保険に加入している全員分        | 住民票同一世帯で同じ医療保険に加入 ★<br>している全員分(例外あり)<br>※義務教育終了前の世帯員については省略可<br>★マイナンバーを利用した情報照会により、提出省略可能です |

| 【国民健康保険組合(全国土木建築国民健康保険組合、鹿児島県歯科医師国民健康保険組合 等)の場合】 |                                                                                               |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 加入している医療保険の資格情報が確認できる書類                          | 市町村民税所得・課税(非課税)証明書                                                                            |
| 同じ医療保険に加入している全員分                                 | 住民票同一世帯で同じ医療保険に加入 ☆<br>している全員分(例外あり)<br>※義務教育終了前の世帯員については省略可<br>☆マイナンバーを利用した情報照会による提出省略はできません |

※加入している医療保険の資格情報が確認できる書類  
以下、いずれかひとつの書類提出が必要です

|                                               |
|-----------------------------------------------|
| 1 「資格情報のお知らせ」の写し(右下の部分のみは不可)                  |
| 2 「資格確認書」の写し                                  |
| 3 マイナンバーポータル画面を印刷したもの(資格情報の「区分」～「裏面」までが分かるもの) |
| 4 「有効期限内の健康保険証」の写し                            |

※③、④、⑤、⑥、⑦、⑧、⑨、⑩、⑪、⑫、⑬、⑭、⑮、⑯、⑰、⑱、⑲、⑳、㉑、㉒、㉓、㉔、㉕、㉖、㉗、㉘、㉙、㉚、㉛、㉜、㉝、㉞、㉟、㊀、㊁、㊂、㊃、㊄、㊅、㊆、㊇、㊈、㊉、㊊、㊋、㊌、㊍、㊎、㊏、㊐、㊑、㊒、㊓、㊔、㊕、㊖、㊗、㊘、㊙、㊚、㊛、㊜、㊝、㊞、㊟、㊠、㊡、㊢、㊣、㊤、㊥、㊦、㊧、㊨、㊩、㊪、㊫、㊬、㊭、㊮、㊯、㊰、㊱、㊲、㊳、㊴、㊵、㊶、㊷、㊸、㊹、㊺、㊻、㊼、㊽、㊾、㊿、  
(1) 小児慢性特定疾病医療費助成の申請者  
(2) 小児慢性特定疾病医療費助成の対象として認定されている児童等  
(3) (2)の児童と同じ医療保険に加入している下記の者  
・市町村国保・国保組合の場合・・・世帯員全員((1)以外の者)  
・上記以外の医療保険の場合・・・被保険者のみ((1)以外の者)