

(別紙様式例3)

(表 面)

小児慢性特定疾患医療受診券		一部自己負担 有・無					
公費負担番号							
公費負担医療の 受給者番号							
受 診 者	居住地						
	氏名						
	生年月日	昭和 平成	年	月	日生	男・女	
疾 患 名							
受 診 医 療 機 関	所在地						
	名称						
	診療科目						
	所在地						
	名称						
有 効 期 間	平成	年	月	日	から		
	平成	年	月	日	まで		
月額自己負担 限度額	外 来					円	
	入 院					円	
都道府県知事名 (市長名)及び印							
交 付 年 月 日		平成	年	月	日		

(裏面) 一部自己負担を生じないもの

小児慢性特定疾患治療研究事業

(目的)

児童福祉法第21条の9の2の規定に基づき、慢性疾患にかかっていることにより長期にわたり療養を必要とする児童等の健全な育成を図るため、当該疾患の治療方法に関する研究等に資する医療の給付その他の事業を行うことを目的としています。

注意事項

- 1 この証を交付された方は、標記の疾患について保険診療を受けた場合、その自己負担分を支払う必要はありません。
- 2 本事業の対象となる医療は、医療受診券に記載された疾患及び当該疾患に附随して発現する傷病に対する医療に限られています。
- 3 保険医療機関等において診療を受ける場合、被保険者証、組合員証に添えて、この証を必ず窓口提出して下さい。
- 4 氏名、居住地、加入している医療保険又は医療機関に変更があったときは、日以内に、知事(市長)にその旨を届け出て下さい。
また、都道府県外(市外)へ転出する場合において、転出後も本証の交付を受けたい場合は、転出日の属する月の翌月の末日までに本証の写しを転出先の都道府県知事(市長)に提出して下さい。
- 5 治癒、死亡等で受診者の資格がなくなったときは、この証を速やかに知事(市長)に返還して下さい。
- 6 この証を破損したり、汚したり又は紛失した場合は、知事(市長)にその旨を届け出て下さい。
- 7 この証の有効期間満了後も引き続き継続を希望する場合には、必ず有効期限内に所定の手続きを行って下さい。
- 8 その他小児慢性特定疾患の医療の受給に関する問い合わせは、下記に連絡して下さい。

連絡先

都道府県(市) 部 課 係(電話 - -)
又は 保健所 (電話 - -)

(裏面) 一部自己負担を生じるもの

小児慢性特定疾患治療研究事業

(目的)

児童福祉法第21条の9の2の規定に基づき、慢性疾患にかかっていることにより長期にわたり療養を必要とする児童等の健全な育成を図るため、当該疾患の治療方法に関する研究等に資する医療の給付その他の事業を行うことを目的としています。

注意事項

- 1 この証を交付された方は、標記の疾患について保険診療を受けた場合、この証の表面に記載された金額を限度とする患者一部負担額を医療機関に対して支払うこととなります。ただし、院外処方による薬局での保険調剤及び訪問看護については、一部負担はありません。
- 2 本事業の対象となる医療は、医療受診券に記載された疾患及び当該疾患に附随して発現する傷病に対する医療に限られています。
- 3 保険医療機関等において診療を受ける場合、被保険者証、組合員証に添えて、この証を必ず窓口へ提出して下さい。
- 4 氏名、居住地、加入している医療保険又は医療機関に変更があったときは、日以内に、知事(市長)にその旨を届け出て下さい。
また、都道府県外(市外)へ転出する場合において、転出後も本証の交付を受けたい場合は、転出日の属する月の翌月の末日までに本証の写しを転出先の都道府県知事(市長)に提出して下さい。
- 5 治癒、死亡等で受給者の資格がなくなったときは、この証を速やかに知事(市長)に返還して下さい。
- 6 この証を破損したり、汚したり又は紛失した場合は、知事(市長)にその旨を届け出て下さい。
- 7 この証の有効期間満了後も引き続き継続を希望する場合には、必ず有効期限内に所定の手続きを行って下さい。
- 8 その他小児慢性特定疾患の医療の受給に関しての問い合わせは、下記に連絡して下さい。

連絡先

都道府県(市) 部 課 係(電話 - -)
又は 保健所 (電話 - -)