

令和5年度 提出をお願いする書類(チェックリスト)

【 全員が提出する書類 】

↓ チェックしてください。

詳細は、「よくあるご質問」の該当ページをご確認ください。

| ① | <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病医療費支給認定更新申請書 <input type="checkbox"/> 別添の「記入例」を確認し、日付・住所・氏名等の必要事項を記入した。 | 同封しています。ご記入ください。 | 4ページ (Q11～14) | | | | | | | | |
|-----------------------------------|--|-----------------------------------|-----------------|--------|-------------------------|----------|---|-----------------------------------|---|---------------------------|---------------|
| ② | <input type="checkbox"/> 医療意見書（更新用） <input type="checkbox"/> 記載日から3か月以内であることを確認した。 <input type="checkbox"/> 複数の疾病で認定を受ける方は、各疾病分を用意した。 | 医療機関に依頼してください。 | 4～5ページ (Q15～16) | | | | | | | | |
| ③ | <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証（コピー） <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">受給者が加入する医療保険の種類</th> <th>提出が必要な方</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>国民健康保険</td> <td>▼ 以下の両方が必要です。（中学生以下も含む）</td> </tr> <tr> <td>国民健康保険組合</td> <td> <input type="checkbox"/> 受給者（お子さん）本人分 <input type="checkbox"/> 住民票上の世帯員のうち、受給者と同じ医療保険に加入している方全員分 </td> </tr> <tr> <td>被用者保険 (全国健康保険協会、健康保険組合、共済組合 等)</td> <td> <input type="checkbox"/> 受給者（お子さん）本人分 ▼ 受給者本人の保険証に被保険者氏名が記載されていない場合、以下も必要です。 <input type="checkbox"/> 被保険者分 </td> </tr> </tbody> </table> | 受給者が加入する医療保険の種類 | 提出が必要な方 | 国民健康保険 | ▼ 以下の両方が必要です。（中学生以下も含む） | 国民健康保険組合 | <input type="checkbox"/> 受給者（お子さん）本人分 <input type="checkbox"/> 住民票上の世帯員のうち、受給者と同じ医療保険に加入している方全員分 | 被用者保険 (全国健康保険協会、健康保険組合、共済組合 等) | <input type="checkbox"/> 受給者（お子さん）本人分 ▼ 受給者本人の保険証に被保険者氏名が記載されていない場合、以下も必要です。 <input type="checkbox"/> 被保険者分 | A4用紙にコピー | 5ページ (Q17) |
| 受給者が加入する医療保険の種類 | 提出が必要な方 | | | | | | | | | | |
| 国民健康保険 | ▼ 以下の両方が必要です。（中学生以下も含む） | | | | | | | | | | |
| 国民健康保険組合 | <input type="checkbox"/> 受給者（お子さん）本人分 <input type="checkbox"/> 住民票上の世帯員のうち、受給者と同じ医療保険に加入している方全員分 | | | | | | | | | | |
| 被用者保険 (全国健康保険協会、健康保険組合、共済組合 等) | <input type="checkbox"/> 受給者（お子さん）本人分 ▼ 受給者本人の保険証に被保険者氏名が記載されていない場合、以下も必要です。 <input type="checkbox"/> 被保険者分 | | | | | | | | | | |
| ④ | <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病医療受給者証（コピー） | A4用紙にコピー | / | | | | | | | | |
| ⑤ | <input type="checkbox"/> 世帯全員の住民票記載事項証明書（本籍不要、続柄必要） <input type="checkbox"/> 発行日から3か月以内であることを確認した。 <input type="checkbox"/> 同一世帯の者全員が記載されており、続柄の記載のあるものを用意した。 | 市役所、町役場等で取得できます。 ※発行手数料がかかります。 | 5ページ (Q18) | | | | | | | | |
| ⑥ | <input type="checkbox"/> 自己負担上限額管理票（コピー） <input type="checkbox"/> 申請月を含めて過去12か月分の内容がわかるようにコピーした。 (例) <table border="1" style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">更新書類提出月</th> <th>対象期間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>令和5年6月</td> <td>令和4年7月～令和5年6月</td> </tr> <tr> <td>7月</td> <td>令和4年8月～令和5年7月</td> </tr> <tr> <td>8月</td> <td>令和4年9月～令和5年8月</td> </tr> </tbody> </table> | 更新書類提出月 | 対象期間 | 令和5年6月 | 令和4年7月～令和5年6月 | 7月 | 令和4年8月～令和5年7月 | 8月 | 令和4年9月～令和5年8月 | A4用紙にコピー (B4 → A4への縮小コピー) | 5ページ (Q19～21) |
| 更新書類提出月 | 対象期間 | | | | | | | | | | |
| 令和5年6月 | 令和4年7月～令和5年6月 | | | | | | | | | | |
| 7月 | 令和4年8月～令和5年7月 | | | | | | | | | | |
| 8月 | 令和4年9月～令和5年8月 | | | | | | | | | | |
| ⑦ | <input type="checkbox"/> 保険照会に係る同意書（生活保護受給者で医療保険未加入者は不要） | 同封しています。ご記入ください。 | / | | | | | | | | |
| ⑧ | <input type="checkbox"/> 医療意見書の研究利用に係る同意書（同意する方のみ。任意） | | | | | | | | | | |
| ⑨ | <input type="checkbox"/> おたずね票（可能な範囲でご記入ください。） | | | | | | | | | | |

- ホッチキス止めはしないでください。
- 表に記載の順番（①～⑨）に並び替えをお願いします。
- コピーは「A4サイズ」の用紙で「片面コピー」にご協力をお願いします。保険証や受給者証のサイズに切り取らないでください。



裏面もご確認ください。



【 該当する方のみ提出する書類 】

| <p>⑩</p> | <p>□ 市町民税課税状況の確認書類（マイナンバー登録済であれば不要）</p> | <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="159 324 399 392">受給者が加入する医療保険の種類</th> <th data-bbox="399 324 813 392">提出が必要な方</th> <th data-bbox="813 324 1197 392">必要な書類</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="159 392 399 548">国民健康保険</td> <td data-bbox="399 392 813 548"> ※中学生以下は不要 ▼以下の両方が必要です。 </td> <td data-bbox="813 392 1197 548"> ▼提出が必要な方全員分についていずれか1点の書類が必要です。 □マイナンバーカードのコピー(表裏) □マイナンバー通知カードのコピー □マイナンバーの記載のある住民票記載事項証明書 □令和5年度市町民税課税(非課税)証明書 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="159 548 399 705">国民健康保険組合</td> <td data-bbox="399 548 813 705"> ※中学生以下も含む □受給者本人分 □住民票上の世帯員のうち受給者と同じ医療保険に加入している方全員分 </td> <td data-bbox="813 548 1197 705"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="159 705 399 1288"> 被用者保険 (全国健康保険協会、健康保険組合、共済組合等) </td> <td data-bbox="399 705 813 1288"> ▼被保険者が「受給者以外」の場合 <受給者が18歳以上> □被保険者分 ※非課税の場合は □受給者本人分も必要 <受給者が18歳未満> □被保険者分 ▼被保険者が「受給者本人」の場合 <受給者が18歳以上> □受給者本人分 <受給者が18歳未満> □受給者本人分と □保護者分(収入が高い方)のそれぞれが必要 </td> <td data-bbox="813 705 1197 1288"> ※1 既にマイナンバーを登録済みの方は、上記書類はいずれも不要です。 登録されているかどうかは、『よくあるご質問7ページ(Q26)』をご確認ください。 ※2 市町民税未申告の方は、マイナンバー登録済みでも、市役所または町役場にて申告の上、令和5年度市町民税課税(非課税)証明書をご提出ください。 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="159 1288 399 1332">生活保護受給者</td> <td colspan="2" data-bbox="399 1288 1197 1332">『よくあるご質問6ページ(Q22)』をご確認ください。</td> </tr> </tbody> </table> | 受給者が加入する医療保険の種類 | 提出が必要な方 | 必要な書類 | 国民健康保険 | ※中学生以下は不要 ▼以下の両方が必要です。 | ▼提出が必要な方全員分についていずれか1点の書類が必要です。 □マイナンバーカードのコピー(表裏) □マイナンバー通知カードのコピー □マイナンバーの記載のある住民票記載事項証明書 □令和5年度市町民税課税(非課税)証明書 | 国民健康保険組合 | ※中学生以下も含む □受給者本人分 □住民票上の世帯員のうち受給者と同じ医療保険に加入している方全員分 | | 被用者保険 (全国健康保険協会、健康保険組合、共済組合等) | ▼被保険者が「受給者以外」の場合 <受給者が18歳以上> □被保険者分 ※非課税の場合は □受給者本人分も必要 <受給者が18歳未満> □被保険者分 ▼被保険者が「受給者本人」の場合 <受給者が18歳以上> □受給者本人分 <受給者が18歳未満> □受給者本人分と □保護者分(収入が高い方)のそれぞれが必要 | ※1 既にマイナンバーを登録済みの方は、上記書類はいずれも不要です。 登録されているかどうかは、『よくあるご質問7ページ(Q26)』をご確認ください。 ※2 市町民税未申告の方は、マイナンバー登録済みでも、市役所または町役場にて申告の上、令和5年度市町民税課税(非課税)証明書をご提出ください。 | 生活保護受給者 | 『よくあるご質問6ページ(Q22)』をご確認ください。 | | <p>▼マイナンバー確認書類(コピー)</p> <p>6~8ページ (Q22~27)</p> <p>A4用紙にコピーしてください。</p> <p>▼住民票記載事項証明書または令和5年度課税証明書</p> <p>市役所、町役場等で取得できます。</p> <p>※発行手数料がかかります。</p> <p>※申請内容によっては、令和5年度課税証明書のご提出をお願いする場合があります。</p> |
|----------------------------------|--|---|------------------|---------|-----------|----------|---------------------------|---|----------|---|-----------------|----------------------------------|--|---|---------|-----------------------------|--|---|
| 受給者が加入する医療保険の種類 | 提出が必要な方 | 必要な書類 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 国民健康保険 | ※中学生以下は不要 ▼以下の両方が必要です。 | ▼提出が必要な方全員分についていずれか1点の書類が必要です。 □マイナンバーカードのコピー(表裏) □マイナンバー通知カードのコピー □マイナンバーの記載のある住民票記載事項証明書 □令和5年度市町民税課税(非課税)証明書 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 国民健康保険組合 | ※中学生以下も含む □受給者本人分 □住民票上の世帯員のうち受給者と同じ医療保険に加入している方全員分 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被用者保険 (全国健康保険協会、健康保険組合、共済組合等) | ▼被保険者が「受給者以外」の場合 <受給者が18歳以上> □被保険者分 ※非課税の場合は □受給者本人分も必要 <受給者が18歳未満> □被保険者分 ▼被保険者が「受給者本人」の場合 <受給者が18歳以上> □受給者本人分 <受給者が18歳未満> □受給者本人分と □保護者分(収入が高い方)のそれぞれが必要 | ※1 既にマイナンバーを登録済みの方は、上記書類はいずれも不要です。 登録されているかどうかは、『よくあるご質問7ページ(Q26)』をご確認ください。 ※2 市町民税未申告の方は、マイナンバー登録済みでも、市役所または町役場にて申告の上、令和5年度市町民税課税(非課税)証明書をご提出ください。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生活保護受給者 | 『よくあるご質問6ページ(Q22)』をご確認ください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>⑪</p> | <p>□ 人工呼吸器等装着者証明書 【必要な方】「人工呼吸器等装着者認定基準」に該当する方</p> | <p>同封しています。指定医に作成を依頼してください。</p> | <p>8ページ(Q28)</p> | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>⑫</p> | <p>□ 重症患者認定申告書 (お持ちの方は)身体障害者手帳(コピー)または療育手帳(コピー) 【必要な方】「重症患者認定基準」または「高額かつ長期」に該当する方</p> | <p>同封しています。ご記入ください。</p> | <p>8ページ(Q29)</p> | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>⑬</p> | <p>□ 特定疾病療養受療証(コピー) 【必要な方】血友病A、血友病Bの方</p> | <p>A4用紙にコピー</p> | <p>／</p> | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>⑭</p> | <p>□ 障害年金・特別児童扶養手当等の支給通知書、振込額がわかる通帳(コピー) ・非課税世帯(「⑩市町民税課税状況の確認書類」の「提出が必要な方」全員が非課税)の場合で、右表①~⑧の非課税収入がある場合にご提出ください。</p> | <table border="1"> <tr> <td>①障害年金</td> <td>②遺族年金</td> </tr> <tr> <td>③特別児童扶養手当</td> <td>④障害児福祉手当</td> </tr> <tr> <td>⑤特別障害者手当</td> <td>⑥経過的福祉手当</td> </tr> <tr> <td>⑦特別障害給付金</td> <td>⑧障害(補償)給付金</td> </tr> </table> | ①障害年金 | ②遺族年金 | ③特別児童扶養手当 | ④障害児福祉手当 | ⑤特別障害者手当 | ⑥経過的福祉手当 | ⑦特別障害給付金 | ⑧障害(補償)給付金 | <p>A4用紙にコピー</p> | <p>9ページ(Q30)</p> | | | | | | |
| ①障害年金 | ②遺族年金 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ③特別児童扶養手当 | ④障害児福祉手当 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑤特別障害者手当 | ⑥経過的福祉手当 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑦特別障害給付金 | ⑧障害(補償)給付金 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>⑮</p> | <p>□ 世帯按分対象者の特定医療費(指定難病)受給者証または小児慢性特定疾病医療受給者証(コピー) ・同じ世帯のなかで、受給者以外に、指定難病または小児慢性特定疾病医療費助成の受給者証をお持ちの方がいる場合にご提出ください。</p> | <p>A4用紙にコピー</p> | <p>9ページ(Q31)</p> | | | | | | | | | | | | | | | |