

令和6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"/> 特定医療費（指定難病）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 ~Q15)								
②	<input type="checkbox"/> 臨床調査個人票 <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 (Q16 ~Q17)								
③	<input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証（コピー） <table border="1" data-bbox="209 663 1150 1176"> <thead> <tr> <th>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 rowspan="3"> ▼ 以下の両方が必要です。 <input type="checkbox"/> 受給者本人分 <input type="checkbox"/> 住民票上の世帯員のうち、 <u>受給者と同じ医療保険に加入している方</u> <u>全員分(中学生以下も含む)</u> </td> </tr> <tr> <td>国民健康保険組合</td> </tr> <tr> <td>後期高齢者医療制度</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。 <input type="checkbox"/> 受給者本人分 <input type="checkbox"/> 住民票上の世帯員のうち、 <u>受給者と同じ医療保険に加入している方</u> <u>全員分(中学生以下も含む)</u>	国民健康保険組合	後期高齢者医療制度	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 (Q18)
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。 <input type="checkbox"/> 受給者本人分 <input type="checkbox"/> 住民票上の世帯員のうち、 <u>受給者と同じ医療保険に加入している方</u> <u>全員分(中学生以下も含む)</u>										
国民健康保険組合											
後期高齢者医療制度											
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"/> 特定医療費（指定難病）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） <div data-bbox="220 1346 994 1413" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> ⑦の「同意書」の提出のある大津市民の方は提出不要です。 </div> <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 (Q19)								
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" data-bbox="359 1637 1034 1778"> <thead> <tr> <th>更新書類提出月</th> <th>対象期間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>令和6年6月</td> <td>令和5年7月～令和6年6月</td> </tr> <tr> <td>7月</td> <td>令和5年8月～令和6年7月</td> </tr> <tr> <td>8月</td> <td>令和5年9月～令和6年8月</td> </tr> </tbody> </table>	更新書類提出月	対象期間	令和6年6月	令和5年7月～令和6年6月	7月	令和5年8月～令和6年7月	8月	令和5年9月～令和6年8月	A4 用紙にコピー (B4→A4 への縮小コピー)	5~6 ページ (Q20 ~Q22)
更新書類提出月	対象期間										
令和6年6月	令和5年7月～令和6年6月										
7月	令和5年8月～令和6年7月										
8月	令和5年9月～令和6年8月										
⑦	<input type="checkbox"/> 保険照会等に係る同意書（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"/> 臨床調査個人票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。）										

裏面もご確認ください。

【 該当する方のみ提出する書類 】

「よくあるご質問」の該当ページ



⑩	□ 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原則不要）		▼マイナンバー確認書類（コピー） 6～8ページ（Q23～Q28） ▼住民票記載事項証明書または令和6年度課税証明書 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。 ※申請内容によっては、令和6年度課税証明書のご提出をお願いする場合があります。	
	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	▼以下の両方が必要です。 <input type="checkbox"/> 受給者本人分 <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（中学生以下は不要）		提出が必要な方 全員分について、下記の書類が必要です。 マイナンバー登録済の方 書類の提出は不要です。 ※ただし、市町民税未申告の方は、令和6年度市町民税課税(非課税)証明書の提出が必要です。
	後期高齢者医療制度			
	国民健康保険組合	▼以下の両方が必要です。 <input type="checkbox"/> 受給者本人分 <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（中学生以下も含む）		マイナンバー未登録の方 下記のいずれか1点が必要です。 <input type="checkbox"/> マイナンバーカードのコピー（表裏） <input type="checkbox"/> マイナンバー通知カードのコピー <input type="checkbox"/> マイナンバーの記載のある住民票記載事項証明書 <input type="checkbox"/> 令和6年度市町民税課税（非課税）証明書 ※ただし、市町民税未申告の方は、上記のうち「令和6年度市町民税課税(非課税)証明書」の提出が必要です。
被用者保険 (全国健康保険協会、健康保険組合、共済組合等)	被保険者が課税 <input type="checkbox"/> 被保険者分 被保険者が非課税 ▼以下の両方が必要です。 <input type="checkbox"/> 被保険者分 <input type="checkbox"/> 受給者本人分	※マイナンバー登録の有無の確認方法・未申告については、『よくあるご質問7～8ページ（Q27～28）』をご確認ください。		
生活保護受給者	『よくあるご質問6ページ（Q23）』をご確認ください。			
⑪	□ 支給認定基準に関する申告書 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）の場合にご提出ください。支給認定基準に関する申告書をお読みいただき、該当の非課税収入がある場合は下記の資料もご提出ください。 <input type="checkbox"/> 障害年金・遺族年金等の支給通知書、振込額がわかる通帳（コピー）		同封しています。ご記入ください。 A4用紙にコピー	
⑫	□ 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） 受給者と同じ医療保険に加入している方で、受給者以外に、指定難病または小児慢性特定疾病の受給者証をお持ちの方がいる場合にご提出ください。		A4用紙にコピー 9ページ（Q31）	

- ホッチキス止めはしないでください。
- 表に記載の順番（①～⑫）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。

