

【更新申請 提出必要書類チェックリスト】

「申請者確認」欄にチェックの上、必要書類と本チェックシートを併せて提出してください。

受診者氏名： _____ 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

混雑が予想される
ため郵送申請を
ご活用ください

※以下の書類の「申請者」「保護者」等は対象児童と**同一の健康保険の被保険者本人**です。

(例) 児が父親の健康保険証に加入している場合、申請者や保護者は父親です。

※受診者が18歳以上の場合は本人が「申請者」です。申請者欄には受診者の氏名を記載してください。

※以下は申請者全員の提出が必要です

申請者確認	職員確認	必要書類
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	柏市小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書(更新に○)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	医療意見書(継続用意見書に指定医が記載。記載年月日の3カ月以内に申請をしてください) ※成長ホルモン治療意見書は不要となりました。疾患の意見書は引き続き必要となります。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	医療保険者との情報提供に係る同意書
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	医療意見書情報の研究等への利用についての同意書 ※不同意の場合不要
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	健康保険証(郵送の場合は写し)、またはその他証明書 ※保険証の種類が ①柏市国民健康保険・国民健康保険組合→世帯全員分 ②上記以外→被保険者(保護者)と受診者分 ※生活保護受給中のかた⇒生活保護受給証明書
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	現在お持ちの最新の受給者証の写し(来所の場合は原本をお持ちください。)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	更新時調査票(インターネットにて回答後、必要事項を記載してください)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	本チェックリスト

※以下は該当する方のみ提出してください。

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	令和6年度市民税(非)課税証明書(令和6年1月1日時点で柏市に住民票がない方) ※令和6年1月1日時点で住民票がある自治体で取得してください。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	柏市重症患者等認定申告書(重症認定、高額かつ長期の申請をするかた)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	障害者手帳の写し(郵送の場合は写し。写真のある面を広げてコピーしてください。)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	療育手帳の写し(郵送の場合は写し。写真のある面を広げてコピーしてください。)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	個人番号が確認できるもの(医療保険・被保険者等に変更があるかた) 本人分+本人と同一の医療保険に加入している者全員分
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着者証明書(人工呼吸器装着者申請をするかた)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	同一世帯員の小児慢性・指定難病受給者証(郵送の場合は写し)

＜郵送申請の場合は再度ご確認ください＞

- 保険証、受給者証、自己負担上限管理ノート、障害者手帳、療育手帳は、写し(コピー)を同封していますか。
- 保険証の変更はありませんか?→更新前に変更手続きが必要です。
- 書類の記載漏れ、不足はありませんか?
- 保険証の写しに不足はありませんか?(上記必要書類の「健康保険証」の欄を参照してください。)

問い合わせ先 柏市 地域保健課 小児慢性担当
電話：04-7167-1257