

④ 継続申請添付書類台紙

受給者氏名

(1) 現在お持ちの医療受給者証のコピー

小児慢性特定疾病医療受給者証			
公費負担番号			
受給者番号			
受診者	住所		
	氏名	見	
	生年月日		
保険者名			
被保険者証の記号・番号			適用区分
保護者	住所	本	
	氏名		続柄
有効期間			
疾病			
指定医療機関			
自己負担上限月額		階層区分	
認定年月日			
越谷市長 福田		埼玉県越谷市長の印	

※ 裏面に保険証等のコピーを添付してください

(2) 健康保険証等(資格確認書、保険情報のお知らせ、マイナポータル画面等)のコピー
【スペースが足りない場合は資格情報が分かる範囲で重ねて貼り付けてください】

※保険証等のコピーを提出できない方

マイナンバーを提出いただくことにより、情報連携システムによる保険資格確認に替えることができます。ただし、情報照会には別途時間を要するため、申請時期によっては受給者証の発行が遅れる場合があることをご了承ください。

【**手続方法**】①下記 に対象者氏名を記入

②申請書の個人番号欄に対象者のマイナンバーをすべて記載

③マイナンバーの写しを提出(下記には貼り付けせずに別途提出してください)

◎患者本人の保険証等

保険証等のコピー

※添付できない場合は以下に氏名を記入

保険証等の写しに替えて、申請書に対象者の個人番号を記載し、マイナンバーカードのコピーを提出します。

対象者氏名: _____

◎代表保護者(被保険者)の方の保険証等

保険証等のコピー

※添付できない場合は以下に氏名を記入

保険証等の写しに替えて、申請書に対象者の個人番号を記載し、マイナンバーカードのコピーを提出します。

対象者氏名: _____

**国民健康保険・国保組合(土建国保、建設国保、など)の方は、
患者と同じ健康保険に加入している方全員の健康保険証等のコピー
を添付してください。**

◎患者と同じ健康保険加入者の保険証等

保険証等のコピー

※添付できない場合は以下に氏名を記入

保険証等の写しに替えて、申請書に対象者の個人番号を記載し、マイナンバーカードのコピーを提出します。

対象者氏名: _____

◎患者と同じ健康保険加入者の保険証等

保険証等のコピー

※添付できない場合は以下に氏名を記入

保険証等の写しに替えて、申請書に対象者の個人番号を記載し、マイナンバーカードのコピーを提出します。

対象者氏名: _____

◎患者と同じ健康保険加入者の保険証等

保険証等のコピー

※添付できない場合は以下に氏名を記入

保険証等の写しに替えて、申請書に対象者の個人番号を記載し、マイナンバーカードのコピーを提出します。

対象者氏名: _____

◎患者と同じ健康保険加入者の保険証等

保険証等のコピー

※添付できない場合は以下に氏名を記入

保険証等の写しに替えて、申請書に対象者の個人番号を記載し、マイナンバーカードのコピーを提出します。

対象者氏名: _____