

<表面>

(サイズ：縦152mm×横297mm・黄色)

小児慢性特定疾病医療受給者証			
公費負担番号 番		受給者番号 番	
受診者氏名 氏 名	生年月日		
住所 住 所			
疾病名 疾 病 名			
保護者氏名 氏 名			続柄
住所 住 所			
指定医療機関 指 定 医 療 機 関	この証は、児童福祉法第19条の9第1項の規定により、あらかじめ指定された指定小児慢性特定疾病医療機関（病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション）で表記疾病名に係る治療を行う場合に、使用することができます。		
負担上限額 負 担 上 限 額			
有効期間 有 効 期 間			
上記のとおり認定する。			
※氏名、住所、加入保険に変更がある場合は速やかに届け出て下さい。 ※この証は登録者証としても使用できます。			

＜裏面＞

	自己負担額管理票 3 負担上限月額 円	自己負担額管理票 4 負担上限月額 円
注意事項	日付 医療費総額 自己負担額 月額自己負担 累積額 指定医療機関	日付 医療費総額 自己負担額 月額自己負担 累積額 指定医療機関
1 この証は、表記の疾病について指定医療機関で保険診療を受けるときに使用することができます。ご使用にあたっては、必ず毎回、この証を医療機関の窓口へ提出してください。		
2 この証に記載された負担上限月額を限度とする患者一部負担額を医療機関窓口でお支払いいただくことになります。		
3 「高額かつ長期」等で医療費総額(10割分)を確認することがあるため、月額自己負担累積額が負担上限月額に達した後も、医療費総額について各医療機関窓口で自己負担額管理票への証明を受けてください。		
4 本事業の対象となる医療は、この証に記載された疾病及び当該疾病に付随して発現する傷病への医療に限られます。 児童福祉法による指定小児慢性特定疾病医療機関であれば、どちらの医療機関でもこの証をご使用いただけます。指定医療機関については、岡山県医療安全課のホームページ等でご確認ください。 (県医療安全課HP https://www.pref.okayama.jp/page/538780.html)		
5 次の場合、保健所にその旨を届け出てください。 ・氏名、住所、加入医療保険に変更がある場合 ・県外転出（岡山市、倉敷市への転出を含む）、治療、死亡により受給資格を喪失した場合		
6 次の場合、保健所に変更申請を行う必要があります。 ・表記疾病名に変更(追加を含む)がある場合 ・負担上限月額に変更がある場合		
7 県外(岡山市、倉敷市を含む)に転出し、転出後も医療費助成を希望する場合は、事前に転出先へお問い合わせください。		
8 この証の有効期間満了後も引き続き医療費助成を希望する場合には、必ず有効期間内に所定の手続きを行ってください。		
9 ご不明な点がありましたら、保健所又は県庁にお問い合わせください。		
岡山県保健医療部医療安全課特定保健対策班 電話（直通） 086-226-7342		
【指定医療機関へのお願い】 小児慢性特定疾病の対象療養に係る高額療養費の自己負担限度額については、入院療養に限り多数回該当が適用となる場合があります。指定医療機関におかれましては、当該制度における入院療養について、個人単位、医療機関単位で多数回該当の適用の有無について確認した上で診療報酬の請求をお願いします。 表記疾病に関する医療費について、他の医療費助成制度により支払額が無い場合であっても、支払いの都度、自己負担額管理票に証明してください。		

小児慢性特定疾病医療受給者証				自己負担額管理票 1 負担上限月額 円				自己負担額管理票 2 負担上限月額 円			
公費負担者 番 号		受給者 番 号		日付	医療費総額 自己負担額	月額自己負担 累 積 額	指定医療機関	日付	医療費総額 自己負担額	月額自己負担 累 積 額	指定医療機関
氏 名		生年月日		(記入例) 10/1	10,000 2,000	2,000	岡山県庁病院				
住 所											
疾病名											
保 護 者 氏 名											
住 所											
指定医 療 機 関				この証は、児童福祉法第19条の9第1項の規定により、あらかじめ指定された指定小児慢性特定疾病医療機関(病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション)で表記疾病名に係る治療を行う場合に、使用することができます。							
負担上限 月 額											
有効期間											
上記のとおり認定する。											
※氏名、住所、加入保険に変更がある場合は速やかに届け出てください。											

注意事項				自己負担額管理票 3 負担上限月額 円				自己負担額管理票 4 負担上限月額 円			
1 この証は、表記の疾病について指定医療機関で保険診療を受けるときに使用することができます。ご使用にあたっては、必ず毎回、この証を医療機関の窓口へ提出してください。				日付	医療費総額 自己負担額	月額自己負担 累 積 額	指定医療機関	日付	医療費総額 自己負担額	月額自己負担 累 積 額	指定医療機関
2 この証に記載された負担上限月額を限度とする患者一部負担額を医療機関窓口でお支払いいただくこととなります。											
3 「高額かつ長期」等で医療費総額(10割分)を確認することがあるため、月額自己負担累積額が負担上限月額に達した後も、医療費総額について各医療機関窓口で自己負担額管理票への証明を受けてください。											
4 本事業の対象となる医療は、この証に記載された疾病及び当該疾病に付随して発現する傷病への医療に限られます。											
児童福祉法による指定小児慢性特定疾病医療機関であれば、どちらの医療機関でもこの証をご使用いただけます。指定医療機関については、岡山県医薬安全課のホームページ等でご確認ください。											
(県医薬安全課HP https://www.pref.okayama.jp/page/538780.html)											
5 次の場合、保健所にその旨を届け出てください。											
・氏名、住所、加入医療保険に変更がある場合											
・県外転出(岡山市、倉敷市への転出を含む。)、治癒、死亡により受給資格を喪失した場合											
6 次の場合、保健所に変更申請を行う必要があります。											
・表記疾病名に変更(追加を含む。)がある場合											
・負担上限月額に変更がある場合											
7 県外(岡山市、倉敷市を含む。)に転出し、転出後も医療費助成を希望する場合には、事前に転出先へお問い合わせください。											
8 この証の有効期間満了後も引き続き医療費助成を希望する場合には、必ず有効期間内に所定の手続きを行ってください。											
9 ご不明な点がございましたら、保健所又は県庁にお問い合わせください。											
岡山県保健医療部医薬安全課特定保健対策班 電話(直通) 086-226-7342											
【指定医療機関へのお願い】 小児慢性特定疾病の対象療養に係る高額療養費の自己負担限度額については、入院療養に限り多数回該当が適用となる場合があります。指定医療機関におかれましては、当該制度における入院療養について、個人単位、医療機関単位で多数回該当の適用の有無について確認した上で診療報酬の請求をお願いします。 表記疾病に関する医療費について、他の医療費助成制度により支払額が無い場合であっても、支払いの都度、自己負担額管理票に証明してください。											