

受給者証の読み替えについて

| 小児慢性特定疾病医療受給者証 | | | | | | | | | |
|--|-------------------|---|--|---------|--|------|----------|------|--|
| 公費負担者番号 | | | | | | | | | |
| 受給者番号 | | | | | | | | | |
| 受診者 | 氏名 | | | | | | 生年月日 | | |
| | | | | | | | 年 月 日 | | |
| | 住所 | | | | | | | | |
| | 保険者 | | | | | | | | |
| 保護者 | 被保険者証の記号及び番号 | | | | | | 適用区分 | | |
| | 氏名 | | | | | | 続柄 | | |
| 保護者 | 住所 | | | | | | | | |
| | 疾病群番号 | | | | | | 成長ホルモン治療 | | |
| 指定医療機関名 | 全国の指定小児慢性特定疾病医療機関 | 有効期限 | | | | | | | |
| | | <div style="border: 2px solid yellow; padding: 5px; color: red; font-weight: bold;"> この欄の記載に関わらず、成長ホルモン治療を含めた小児慢性特定疾病の医療費が下記の「<u>有効期間</u>」中、助成対象となります。 </div> | | | | | | | |
| 負担 | 自己負担上限額 | 月額 | | | | | 円 | 階層区分 | |
| | 区分 | 人工呼吸器等 | | 高額かつ長期 | | 重症認定 | 按分 | | |
| 有効期間 | | 年 月 日から | | 年 月 日まで | | | | | |
| 上記のとおり認定します。 年 月 日 <div style="text-align: right;">京都府知事</div> | | | | | | | | | |