

医療保険証に変更がある場合の提出書類チェックリスト(事項変更)

書類がそろっているか、□欄に✓し、確認して下さい。

チェック		申請者でご記入いただくもの	備考
1	<input type="checkbox"/>	小児慢性特定疾病医療受給者証等記載事項変更届	記入例を参考にご記入ください。
2	<input type="checkbox"/>	医療保険者への所得区分照会に関する同意書	対象児童と保護者の情報をご記入ください。
チェック		役所・役場等で取得するもの	備考
3	<input type="checkbox"/>	申請時点で取得可能な最新年度の 所得課税証明書(全項目記載) ※合計所得額、市町村民税額、公的年金収入等記載のもの (全項目記載様式を取得であれば、基本的に記載されます。) ※市区町村によって名称が異なる場合があります ※住所変更があった場合、前住所の自治体で取得が必要となる場合があります。 ※発行から概ね3ヶ月以内のもの ※対象児童が血友病患者又は生活保護受給世帯である場合は不要です。	【提出が必要な対象者】 (1)対象児童が被用者保険(全国健康保険協会、組合健保、共済組合等)に加入した場合 → 被保険者 のもの ※対象児童本人が被用者保険の被保険者である場合は、対象児童と保護者の分両方が必要です。 (2)対象児童が国民健康保険(市町村国保、国保組合等)に加入した場合 → 対象児童+対象児童と同一の保険世帯員全員分 のもの ※基本的に、同一の保険世帯員とは保険証の記号・番号が同じ方が該当します。 ※対象児童を含む中学生以下の児童の分は省略可能です。
チェック		申請する方で用意していただくもの	備考
4	<input type="checkbox"/>	小児慢性特定疾病医療受給者証の写し	
5	<input type="checkbox"/>	医療保険証の写し	【提出が必要な対象者】 ◇対象児童が被用者保険(協会けんぽ、組合健保、共済組合等)に加入した場合 → 対象児童+被保険者 のもの ◇対象児童が国民健康保険(※市区町村国保、国保組合等)に加入した場合 → 対象児童+対象児童と同一の保険世帯員全員分 のもの
6	<input type="checkbox"/>	返信用封筒 ※長型3号の封筒に84円切手を貼付し宛名を記入	新しい受給者証を送付する際に使用します。 受け取り先のご住所と対象児童の氏名を封筒へご記入ください。
チェック		条件に当てはまる方のみ提出が必要なもの	備考(該当条件等)
A	<input type="checkbox"/>	各種手当・年金等に関する給付状況(受給金額)が分かる書類(決定通知書、証明書、通知はがき等)の写し 例・特別児童扶養手当・障害児福祉手当・特別障害者手当・福祉手当(経過的福祉手当)・遺族年金・寡婦年金・障害年金・障害手当金(障害一時金)・障害給付・労災保険による障害補償に関する給付等	「所得課税証明書」の提出が必要となる対象者の住民税が 非課税 であり、かつ左記手当や年金等を受給している場合。 ※「所得課税証明書」の算定期間と同期間の給付状況(受給金額)が分かる書類が必要です。

注1 書類の提出後、確認のための問い合わせやその他追加で書類の提出を求められることがあります。

注2 被保険者や保険加入世帯員等の変更又は所得の増減に応じ、月額自己負担上限額が変更される場合があります。

注3 申請書類の作成や準備等につき、ご不明な点がある場合は申請先の保健所へお問い合わせください。