

愛知県の保健所が発行する受給者証の読み替えについて(2024年4月1日以降)

公費負担者番号		受給者番号		交付番号		第 一 号	
受 診 者	フリガナ					生 年 月 日	
	氏 名					年 月 日	
	フリガナ						
	住						
	保険者番号・体						
	被保険者証の記						
疾病コー							
その他疾病	疾病			疾病コード			
成長ホルモン治療の有無		有(無)		※「無」の場合には、成長ホルモン治療は医療費助成の対象外です。			
保 護 者	フリガナ					親内	
	氏 名						
	フリガナ						
住 所							
有 効 期 間		令和 6 年 2 月 14 日 から 令和 7 年 3 月 31 日 まで (*ただし、成長ホルモン治療は、身長が男子156.4cm 女子145.4cmに達した場合はその月まで)					
負 担	自己負担上限額	月額	円	食事療養費	半額・全額	階層区分	
	人ア			高額かつ長期		該当(非該当)	
指 定 医 療 機 関	【例】	受給者証に記載された有効期間のうち、2024年(令和6年)4月1日以降は、「成長ホルモン治療の有無」欄及び有効期間欄の「(*ただし、成長ホルモン治療は、身長が男子156.4cm 女子145.4cmに達した場合はその月まで)」の記載に関わらず、成長ホルモン治療については上記の取り扱いとなります。					
※※	その他の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)						
上記のとおり認定します。							
年 月 日							
愛知県〇〇保健所長							

※保険の種類:1 協会 2 組合 3 日雇 4 船員 6 共済 7 国保 8 生保 9 その他()

※※緊急その他やむを得ない場合には、申請手続きを行っていない指定医療機関での診療等も小児慢性特定疾病医療費助成の支給対象となる。