

注意事項

- この証を交付された方は、疾病名欄に記載の疾病について、自己負担上限月額を限度とする金額を指定小児慢性特定疾病医療機関（以下「指定医療機関」という。）に支払うことで、医療助成を受けることが可能となります。（同一月内の支払累積額に達するまで、医療費の2割を限度に指定医療機関で支払い、徴収印を受けてください。同一月内の支払累積額が自己負担上限月額に達した場合、同一月内は上限額を超えて支払う必要はありません。）
- 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に対する医療に限られています。
- 指定医療機関において診療を受ける場合、被保険者証や組合員証に添えて、この証と上限額管理票を必ず窓口へ提出して下さい。
- 氏名、住所、加入している医療保険等に変更があったときは、速やかに岡山市長にその旨を届け出て下さい。
- 転出、治癒、死亡等で受給資格がなくなったときは、この証を速やかに岡山市長に返還して下さい。
- この証を破損したり、汚したり又は紛失した場合は、岡山市長にその旨を届け出て下さい。
- 有効期間後も引き続き受給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下さい。
- その他、小児慢性特定疾病医療の受給に関するお問い合わせは、下記までご連絡ください。

〒 700-8546

岡山市北区鹿田町1-1-1 保健福祉
会館 2階 健康づくり課

健康 太郎 様

岡山市保健所

〒700-8546 岡山市北区鹿田町1-1-1

TEL 086(803)1271

小児慢性特定疾病医療受給者証				疾病名	K 軟骨低形成症	
公費負担者番号		52338027			指定医療機関	〇〇病院 △△クリニック □□訪問看護ステーション この証は、「児童福祉法」による指定医療機関であれば、上記の指定医療機関以外でも使用できません(表記の疾病名に係る治療に限る。)
受給者番号		0123456				
受診者	住所	岡山市北区鹿田町1丁目1番1号 保健福祉会館 2階 健康づくり課内				
	氏名	健康 桃子				
保護者	性別	***	生年月日	平成28年1月1日		
	住所	岡山市北区鹿田町1丁目1番1号 保健福祉会館 2階 健康づくり課内				
保険者名	氏名	健康 太郎	続柄	父		
	被保険者証の記号・番号	***	適用区分	***		
有効期間	令和4年1月1日 ~ 令和4年12月31日					
自己負担上限月額	医療費 10,000円	食事代	1/2			
人工呼吸器等装着重症患者認定高額かつ長期	人工呼吸器装着：該当 重症患者認定：該当	世帯内按分	なし			
				備考	中学生、高校生等の方は、この証と岡山市の子ども医療・心身障害者医療・ひとり親家庭等医療の受給資格証を併せて提出することで、助成対象として認定を受けている疾病に係る指定医療機関での治療に限り、自己負担額が無料となります。	
					上記のとおり認定する。 令和4年1月1日 岡山市長 大森 雅夫	