

特定医療費（指定難病）支給認定申請書（併院）

受給者	フリカ ^ナ							受給者番号				性別	男・女	
	氏名													
	マイナンバー													
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日												
	連絡先	自宅 — — 携帯 — —												
	住所	〒 —												
保護者（受給者が18歳未満の場合のみ記入）		氏名												
		住所												
追加 (併院) 医療 機関	病院・診療所	名称										受診(予定)日		
		所在地										令和 年 月 日		
	薬局	名称										受診(予定)日		
		所在地										令和 年 月 日		
テ ー シ ョ ン ク ン ス	名称										受診(予定)日			
	所在地										令和 年 月 日			
削除 医療 機関	※受給者証に記載されている医療機関で現在、通院していない医療機関を記載ください。													
	①							④						
	②							⑤						
	③							⑥						
上記のとおり特定医療費（指定難病）受給者証の交付を申請します。											受付印			
申請者名 _____ 印（受給者の _____）														
令和 年 月 日 長崎県知事 様														

1. 医療機関の追加は、事前に申請してください。
2. 緊急その他やむを得ない場合は、受給者証に記載以外の指定医療機関での診療等も公費での助成対象となります。
3. 追加する医療機関での受診日より後に申請する場合は、余白部分にその理由をご記入ください。