

重症患者認定申請書

令和 年 月 日

(宛先)

埼玉県知事

申請者 居住地 〒

氏名

電話番号

受診者との続柄

以下のとおり、重症患者の認定を申請します。

受診者氏名	受給者番号			
生年月日	平成 令和 年 月 日 (歳)			
疾病名				
1 療養負担過重患者	重症患者認定基準に該当する障害の長期継続の状態 (該当する区分に○を付してください。)		添付する証明書類	
	基準①	眼		1 小児慢性特定疾病医療 意見書
		聴器		
		上肢		
		下肢		
		体幹・脊柱		
		肢体の機能		
	基準②	悪性新生物		2 障害年金証書の写し
		慢性腎疾患		3 身体障害者手帳の写し
		慢性呼吸器疾患		
		慢性心疾患		
		先天性代謝異常		4 療育手帳の写し
		神経・筋疾患		
		慢性消化器疾患		5 その他
染色体又は遺伝子に 変化を伴う症候群				
皮膚疾患				
骨系統疾患				
脈管系疾患				
2 人工呼吸器等装着者		人工呼吸器等装着者申請時 添付書類		
3 高額治療継続者		基準に該当することが分かる 書類 例) 自己負担上限月額管理票の写し、 領収書、診療報酬明細書		

注1 「1 療養負担過重患者」に該当する場合には、添付した証明書類に○を付してください。

注2 主治医と御相談の上、裏面の重症患者認定基準に該当する場合に申請してください。

注3 重症患者認定基準に該当することが明確に記載された証明書類を添付してください。

注4 「受診者氏名」欄は申請者と異なる場合に記入。なお、受診者本人の場合は本人と記載する。