

※ 順次、新様式に切り替えてまいります。当面の間、旧様式の受給者証により発行いたします。
旧様式でも新様式と同様の内容により、医療費助成をご利用いただけます。

旧 様 式

千葉県小児慢性特定疾病医療受給者証

公費負担者番号			
受給者番号			
受診者	氏名	生年月日	
	〒		
保護者	住所	〒	
	加入保険	保険者名	【国制度改正により保険情報の記載を廃止しました】
	記号・番号	—	適用区分 —
疾病名			
重症認定		世帯内按分	

受給者証の更新申請は毎年6月1日から9月30日まで（土日祝日を除く）です。
更新申請の手続きはお早目をお願いいたします。

記載事項変更			
変更事項	変更後の内容	変更日	確認印

有効期間			
入院時の食事助成	階層区分		
成長ホルモン治療			
自己負担上限月額			

裏面の注意事項をよ

この欄に「○」が印字されていない場合がありますが、医療費助成の取扱いについては、本欄に「○」がある場合と同様です。

本制度による成長ホルモン治療の取扱いについては、

<https://www.pref.chiba.lg.jp/shippei/documents/seityouhorumon.pdf>

新 様 式

千葉県小児慢性特定疾病医療受給者証

公費負担者番号			
受給者番号			
受診者	氏名	生年月日	
	住所	〒	
保護者	氏名	受診者との続柄	
	住所	〒	
削 除 予 定			
疾病名			
重症認定		世帯内按分	

受給者証の更新申請は毎年6月1日から9月30日まで（土日祝日を除く）です。
更新申請の手続きはお早目をお願いいたします。

記載事項変更			
変更事項	変更後の内容	変更日	確認印

有効期間			
入院時の食事助成	階層区分		
削 除 予 定			
自己負担上限月額			

裏面の注意事項をよくお読みください。

千葉県知事