

受給者証のコピーと申請書への記入箇所

受給者番号

特定医療費（指定難病）受給者証						
公費負担者番号		特定医療費受給者番号				
受診者	氏名	性別	生年月日			
	住所					
	保険者名	病名				
	被保険者証の 記号及び番号	適用区分	Ⅲ			
病名						
保護者(受診者が18歳未満の場合記入)	氏名			続柄		
	住所					
指定医療機関	名称	所在地		有効期間開始日		
負担	自己負担上限額	月額 2,500 円	階層区分	B1		
	人工呼吸器等装着	—	高額かつ長期	—	軽症者特例	
	受診者と同じ世帯内にいる 指定難病又は小児慢性特定疾病医療費助成の受給者			無		
有効期限		令和 2年12月31日				
上記のとおり認定する。						
令和 1年12月13日						
栃木県知事 						

最新の有効期限のもの