

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	〒	
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	

令和8年中は暫定的に保険者名欄に記載廃止の文言を印字し
最終的には欄自体をなくす予定です。
(各都道府県等で対応が異なります)

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

千葉県知事

裏面の注意事項をよくお読みください。

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にお願いたします。