令和７年６月９日現在

小児慢性特定疾病医療受給者証（兼登録者証）の更新申請手続のご案内

お持ちの「小児慢性特定疾病医療受給者証（兼登録者証）」（以下**「受給者証」**といいます。）は、まもなく有効期間が終了します。有効期間終了日までに更新申請手続きを行ってください。

申請から受給者証の発行まで、**1～2か月程度**かかります。期間に余裕をもって申請をしてください。

有効期間終了日後に手続きをした場合は、遡り希望の有無について更新申請書の該当欄に☑をしてください。

※18歳以降は、有効期間終了日後の申請はできません。
現在お持ちの受給者証の有効期間終了日までに必ず行ってください。

【目次】

１ 手続に必要な書類 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1～2ページ
２ 各種必要書類について ・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3～12ページ
３ 申請書提出先・お問い合わせ先・・・・・・・・・・・・ 12ページ

１ 手続に必要な書類

○ 各種書類の記入方法など、詳しくは該当のページをご覧ください。

（1）全員が必ず提出（提示）する書類（①～⑥）

申請前に✔してください	書類名	記入方法等
□	**①小児慢性特定疾病医療費支給認定更新申請書兼小児慢性特定疾病登録者証交付申請書兼医療意見書情報の研究等利用同意書（以下「更新申請書」という。）**（同封の書類）	3～4ページ
□	**②小児慢性特定疾病医療意見書**	5ページ
□	**③公的年金等の収入に係る申出書**（同封の書類）	5ページ
□	**④世帯調書**（同封の書類） ※同じ保険に加入している方全員を記入してください。	6～7ページ
□	**⑤健康保険証等の写し・生活保護の保護受給証明書** ※保険者番号、記号・番号、氏名、被保険者名が分かる面の写し。	6ページ
□	**⑥マイナンバー確認書類（写し可）** ※窓口で手続する場合は「提示」で構いません。	8ページ

（2）該当する方のみ提出する書類（⑦～⑮）

申請前に✔してください	書類名	記入方法等
□	**⑦　委任状　（同封の書類）** ※申請者ではない方が窓口に来られる場合に必要です。	9ページ
□	**⑧　高額治療継続者［高額かつ長期］認定関連書類** ※認定基準を満たす場合。 □重症患者認定申告書　＊ □自己負担上限月額管理表の写しまたは診療明細書・領収書の写し	9ページ
□	**⑨　重症患者認定申告書　＊** ※認定基準を満たす場合。 □②医療意見書または身体障害者手帳の写し	10ページ
□	**⑩　人工呼吸器等装着者証明書　＊** ※認定基準を満たす場合。	10ページ
□	**⑪　世帯内按分認定関連書類** ※認定基準を満たす場合。 □指定難病認定患者の受給者証の写し □指定難病認定患者の健康保険証の写し	11ページ
□	**⑫　区市町村民税課税（非課税）証明書** ※健康保険の変更があるまたは非課税に変更になった場合。	11ページ
□	**⑬　保険者からの情報提供に係る同意書** ※健康保険が国民健康保険組合に変更になる場合。	11ページ
□	**⑭　特定疾病療養受療証（マル長）を所有する場合、その写し**	12ページ
□	**⑮　里親や養護施設長が申請者の場合、児童相談所が交付する受診券（マル児受診券）の写し**	12ページ

＊ … 該当する方（前回認定されている方）に同封しています

2 各種必要書類について

① 更新申請書

第１号の２の５様式（第１条の２関係）

【記入例】

申請時に受診者（患者）が 18 歳以上の場合は、受診者（患者）本人が申請者となります。

枠内は該当する場合のみ、☑を付けてください

変更事項がある場合は、変更があった日を記入してください。

小児慢性特定疾病医療費支給認定更新申請書兼小児慢性特定疾病医療費支給認定更新申請書兼医療意見書情報の研究等利用同意書

黒太線枠内に記入ください。記載内容に変更がある場合は二重線で消して正しい情報と変更年月日を記載してください。

更新	公費負担番号	52138039	受給者番号	1234567	変更年月日	令和7 年 〇 月 〇 日	
受診者 ガナ	セタガヤ　ハナコ				年齢	満 16 歳	
名	世田谷　花子				生年月日	平成 20年 5月 5日生	
所	154-0017　世田谷区世田谷4丁目24番1号				電話番号	03-0000-0000	
保険種別	健保組合	家族	記号	1111	番号	222	保険者番号 12345
疾病名							

月額負担上限額の特例（該当する項目に☑）（※1）	☐ 高額かつ長期	☑ 重症申請	☐ 人工呼吸器等装着	☑ 世帯内按分	
世帯内按分対象者	難病	氏名	世田谷 太郎	受給者番号	34567890
	小児慢性	氏名		受給者番号	

受診医療機関　裏面の受診医療機関一覧をご覧ください

申請者 フリガナ	セタガヤ　タロウ	受診者との続柄	電話番号
氏名	世田谷　太郎	父	090-9999-9999 ~~03-0000-0000~~
住所	154-0017　世田谷区世田谷4丁目24番1号		
登録者証交付申請	☑ 申請する ☐ 申請しない	＊「申請する」を選択した場合、区市町村がマイナンバーを用いた情報連携により、災害対策基本法による避難行動要支援者名簿等の作成事務において登録者情報を利用することがあります。	

小児慢性特定疾病登録者証の登録を希望される方は申請するに✔をしてください。

変更がある場合は、二重線で訂正してください。

世田谷保健所長　あて

小児慢性特定疾病医療費支給認定更新申請書兼医療意見書情報の研究等利用同意書

上記のとおり申請します。

当該支給の認定及び登録者証の交付に伴い、保険上の世帯員の住民記録情報、課税情報、後期高齢者医療情報、公的年金等に関する情報及び所得情報を照会することに同意します。また、加入医療保険者に対し所得区分情報を確認し、関係医療機関に対し医療意見書等に関する医療情報を照会することに同意します。

令和7 年 〇 月 〇 日　申請者氏名 世田谷 太郎

＊医療意見書情報の研究等への利用についての同意をされる方は、以下をお読みいただき、以下に署名をお願いします。

医療意見書の研究利用に関するご説明をお読みいただき、同意される場合は署名をお願いします。

厚生労働大臣　あて

私は、小児慢性特定疾病の医療費支給認定申請に当たり提出した医療意見書情報が、①厚生労働省のデータベースに登録され、小児慢性特定疾病に関する創薬の研究開発等に利用されることに同意します。

令和7 年 〇 月 〇 日

受診者（患者）氏名 世田谷 花子　代理人氏名 世田谷 太郎

＊受診者（患者）が未成年又は成年被後見人等の理由により、受診者（患者）に代わって代理人が同意する場合は、可能な限り本人にも確認したうえで代理人氏名を記載してください。

※1 ○高額かつ長期…医療費総額が５万円/月（医療保険が２割負担の場合、自己負担が１万円/月）を超える月が年間６回以上ある　○重症申請…重症認定基準を満たしている　○人工呼吸器等装着…人工呼吸器又は人工心臓を常時装着している　○世帯内按分…医療保険上の世帯内に小児慢性特定疾病又は難病の認定受給者がいる

◎裏面も必ずご確認ください。

申請書記入欄	公費負担者番号	重症認定	人工呼吸器等	高額かつ長期	世帯内按分	所得階層	自己負担上限額	適用区分	登録者証
前回									
身元確認	☐個人番号カード　☐運転免許証　☐旅券　☐健康保険証　☐その他（　　）								
個人番号確認	☐個人番号カード　☐通知カード　☐住民票の写し　☐職権確認　☐その他（　　）								

（裏面）

また給付決定有効期間内に更新申請を行わなかった場合は、次の欄の記載が必要です。

小児慢性特定疾病医療費の支給開始日を申請日より前にすることを希望しますか。		☐ いいえ（こちらに☑した場合は、申請日の前日までにかかった医療費は支給されません。） ✓ はい（次の欄に年月日等を記載し、該当する理由に☑してください。）
小児慢性特定疾病医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日（※2）	令和7年〇月〇日	【左記の日から１箇月以内に申請ができなかった理由（該当する理由に☑）】 ✓ 医療意見書の受領に時間を要したため ☐ 症状の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため ☐ 大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要したため ☐ その他（　　） ☐ 特段の理由なし（こちらに☑した場合は、医療費支給開始日について遡れる限度は申請日の１箇月前の日までです。）

※２　医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日　申請日の１箇月前の日　やむを得ない理由により診断日から１箇月以内に申請を行わなかったため、申請日にかかわらず、医療意見書に記載された診断年月日等、医療費の支給を

枠内は、現在お持ちの受給者証の有効期間内に申請する場合は、記入不要です。

受診医療機関一覧

受診を希望する医療機関に追加がある場合には追記し、削除する場合は、該当する医療機関名に二重線を引いてください。

Ｎｏ．	受診を希望する医療機関名（支店名も記載）	所在地
1	~~××ファーマシー~~	~~世田谷区世田谷×-×-×~~
2	△△病院	世田谷区世田谷△-△-△
3		
4		
5		
6		
19		
20		

裏面には、現在申請されている受診を希望する医療機関が掲載されています。記載されている医療機関以外に受診を希望する医療機関がある場合は追記し、削除する場合は該当する医療機関名に二重線を引いてください。

ただし、記載できるのは**小児慢性特定疾病医療機関として指定されている医療機関に限ります**。また、受給者証には、「全国の小児慢性特定疾病医療機関」と記載されます。

※**今回更新をする疾病以外で受診をしている（希望する）病院等**は、こちらに**記載しないでください。（かぜ、けが、虫歯など）**

更新の手続きの注意事項

（１）　受給者証の交付は、申請手続きから約６０日程度かかります。申請手続きは早めにお済ませください。
（２）　記入漏れ、書類の添付漏れ等がありますと、手続きが遅れることがありますので、申請の際はよくお確かめください。
（３）　現在お持ちの受給者証の有効期間終了後に申請した場合は、お持ちの受給者証と新しい受給者証の有効期間に空白期間（小児慢性特定疾病医療費の支給を受けることができない期間）が生じることがあります。
（４）　１８歳以降の更新手続きは、現在お持ちの受給者証の有効期間内に行ってください。原則、有効期間終了日後の申請はできません。詳しくは、お住まいの地域の各総合支所保健福祉センター健康づくり課へお問合せください。
（５）　新しい受給者証は、医療支給対象者として認定された後、申請者に郵送いたします。

② 小児慢性特定疾病医療意見書〈継続申請用〉

○ 指定医（小児慢性特定疾病指定医。以下同じ。）が国の定めた様式で作成します。受診している医療機関へ作成を依頼してください。

○ 申請日前**3か月以内**に記載されたものに限ります。

○ 疾病を変更または追加する場合は「小児慢性特定疾病医療意見書〈新規申請用〉」が必要です。

③ 公的年金等の収入に係る申出書（同封の書類）

○ 階層区分の算定のため、**被保険者**の収入等について、該当する項目をチェックしてください。

○ 住民税**課税**の方は申出書の「3」にチェックをしてください。

○ 住民税**非課税**で申出書に示す各収入がある（**申出書の「2」にチェックした**）場合は、その**収入金額を証明する書類も添付**してください（証明書類は、下表を参照。）。なお、各収入を合計して80万円（令和7年7月1日からは80．9万円）超であることが明らかな場合は、**申出書の「3」にチェック**し、収入金額を証明する書類の添付を省略することができます。

内容	証明書類（注）
障害年金	年金振込通知書、年金支払通知書、年金額改定通知書または年金決定通知書・支給額変更通知書（それぞれ写しで可）
遺族年金	
寡婦年金	
特別障害給付金	
労災保険による障害補償に関する給付	労働基準監督署または障害補償給付を決定する機関の証明書、支給決定通知書の写し（金額が記載されているもの）
特別児童扶養手当、障害福祉手当	手当証書の写し、区市町村からの支給決定額に係る通知書の写し
特別障害者手当	
国民年金法等の一部を改正する法律附則第97条第1項の規定による福祉手当	手当証書の写し、区市町村からの支給決定額に係る通知書の写し

注1　証明書類は、いずれも次の期間の収入金額がわかる書類を添付してください。
　① 令和7年6月までに申請される方…**令和5年中（令和5年1月1日から令和5年12月31日まで）**
　② 令和7年7月以降に申請される方…**令和6年中（令和6年1月1日から令和6年12月31日まで）**

注2　月単位、隔月単位、年に満たない単位で送付されるものについては、①または②の対象期間内の直近のもののみの添付で足りることとします。ただし、添付する確認書類で①または②の対象期間に受給した全ての金額が確認できない場合、確認書類の余白に合計金額を記載してください。

注3　区市町村民税課税（非課税）証明書、区市町村民税課税（非課税）決定通知、通帳の写しにより内容が確認できるものについては、それらの書類をもって、証明書類に代えることができます。

④ 世帯調書（同封の書類）

○ 小児慢性特定疾病医療費給付制度では、**同じ健康保険に加入している方を同じ世帯**とみなします。7ページの記入例のとおり、同じ被保険者の保険証を使っている**全員**を記入し、次表の対象者についてはマイナンバーも記載してください。

健康保険の種類	マイナンバーの記載が必要な対象者			
	受診者	申請者	被保険者	その他世帯員
被用者保険	○	○	○	×
国民健康保険・国民健康保険組合	○	○	－	○（世帯員全員）
生活保護	○	○	－	×

⑤ 健康保険証等の写し・生活保護の保護受給者証明書

○ 自己負担上限月額は、受診者（患者）と同じ世帯の保険料算定対象者（以下「医療費支給認定基準世帯員」という。）の区市町村民税（所得割）額により算定されるため、現在加入している健康保険の情報について確認しています。

○ 健康保険証等とは、健康保険証、資格確認書、資格情報のお知らせ及びマイナポータルから保険情報を印字したものを指します。

○ 保険者番号、記号・番号、氏名、被保険者名が分かる面の写しを提出してください。

○ 健康保険証等の写しが必要な方は次表のとおりです。必要な方の分を提出してください。

健康保険の種類	必要な健康保険証等の写し			
	受診者	申請者	被保険者	その他世帯員
被用者保険	○	－	△※	×
国民健康保険・国民健康保険組合	○	－	○	○
生活保護	発行から３か月以内の保護受給者証明書			

※受診者の保険証等の写しで被保険者名が確認できる場合は被保険者の分は不要です。

◎税申告（住民税（区市町村民税）申告または確定申告）が必要な場合があります。
例：国民健康保険をお使いの方で、同一世帯内に未申告の義務教育を修了（※）している方がいる場合は、その方の税申告が必要です。
※令和6年1月1日現在（令和7年7月以降に申請をする場合は、令和7年1月1日現在）

第１号様式（第６条関係）

世帯調書

※受診者と同じ健康保険に加入している方をご記入ください。

	世帯員氏名	受診者との続柄	生年月日	1月1日現在の住所所在地（※1）
1	(氏名) 「患者C」の氏名 (個人番号) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	本人	令和○年○○月○○ 日	⊙現住所と同じ ・現住所以外 [都・道 府・県 区・市 町・村]
2	(氏名) 「保護者A」の氏名 (個人番号) 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 8	父	平成○年○○月○○ 日	・現住所と同じ ⊙現住所以外 [沖縄 都・道 府・県 那覇 区・市 町・村]
3	(氏名) 「保護者B」の氏名 (個人番号)	母	平成○年○○月○○ 日	・現住所と同じ ・現住所以外 [区・市]
4	(氏名) (個人番号)		年 月 日	・現住所以外 [都・道 府・県 区・市 町・村]
5	(氏名) (個人番号)		年 月 日	・現住所と同じ ・現住所以外 [都・道 府・県 区・市 町・村]

区市町村民税の課税自治体が現住所の自治体と異なる場合は、「都道府県名・区市町村名」を記載してください。

※申請者が受診者とは別の健康保険に加入している場合は、下の欄にご記入ください。

申請者	(氏名)			

申請者が受診者（患者）と異なる健康保険に加入している場合は、こちらの欄に記入してください。

例：受診者（患者）は父の健康保険の扶養だが、別の健康保険に加入している母が申請者となる場合　等

（※1）・・・1月から6月までに申請する場合は前年の1月1日時点、7月から12月までに申請する場合は申請年の1月1日時点の住所があった区市町村を記載して　ださい。ただし、生活保護等を受給している方は、当該生活保護等を実施している区市町村等を記　てください。

（※2）・・・番号法に規定する個人番号（12桁）を記載してく

個人番号を記載する対象者は、患者の属する医療　て下記のとおりとなります。

1　被用者保険の場合
申請者及び患者の個人番号を記載してください　者が被保険者でない場合、被保険者の個人番号も併せて記載してください

2　国民健康保険（区市町村・国民健康保険組合）
申請者及び患者を含む、世帯員すべての方の個人　さい。

申請者は、原則**「受診者（患者）と同じ健康保険に加入している保護者」**になります。
ただし、単身赴任等などで申請者となるべき被扶養者が世帯内にいない場合は、未成年の受診者（患者）を現に監護している保護者とすることができます。
例：父A：沖縄県那覇市在住　母B（別健康保険加入）と患者C：世田谷区在住
　→申請者を母Bとすることができます。

⑥ マイナンバー確認書類（写し可）

○ 更新申請の際には、（1）④世帯調書に記載したマイナンバーの確認と（2）申請される方の身元確認を行います。

（1）個人番号（マイナンバー）の確認に必要な物

○ ④世帯調書に個人番号（マイナンバー）を記載した方について、**窓口で提示（郵送の場合は写しを提出）**して確認を受けてください。

【次の書類のうち、いずれか1つ】

個人番号カード、通知カード（※1）、個人番号が記載された住民票の写し（発行から3か月以内）、個人番号が記載された住民票記載事項証明書（発行から3か月以内）

（2）身元確認に必要な物

○ 窓口で申請する場合は、窓口に来られる方の以下ア・イのいずれかを提示してください。

○ 郵送で申請する場合は、申請者の以下ア・イのいずれかの写し（★は原本）を提出してください。

ア 顔写真が掲載されている官公署が発行した証、又はそれに類するもの

【次の書類のうち、いずれか1つ】

個人番号カード、運転免許証、運転経歴証明書、旅券（パスポート）、在留カード、特別永住者証明書、障害者手帳 等

イ 上記（ア）の証明書類の提出が困難な場合

【次の書類のうち、いずれか2つ】

更新申請書（★※2）、特定医療費（指定難病）受給者証、健康保険証、資格確認証、年金手帳、児童扶養手当調書、通知カード（※1）等

※1 転居や改姓等により、令和2年5月25日（＝デジタル手続法施行日）以後に通知カードの記載事項に変更があった方は、通知カードによる個人番号や身元確認の確認はできません。

※2 郵送申請または、更新申請書に印字された申請者が窓口に来られる場合に限る。

注意 通知カード廃止以降代わりに発行される「個人番号通知書」は確認書類として使用できません。

【該当する方のみ提出する書類】

⑦ 委任状(同封の書類) ＊窓口への提出者が申請者と異なる場合

○ 申請者ではない方が窓口で手続きする場合に提出してください。

委任者	申請者
受任者(代理人)	実際に窓口等で申請書類を提出する方

(例)申請者が父、提出者が母の場合、委任者:父、受任者:母。

申請者が 18 歳以上の受診者(患者)本人、提出者が母の場合、委任者:受診者本人、受任者:母。

⑧ 高額治療継続者(高額かつ長期)認定関連書類

○ 「高額かつ長期」の制度とは、費用が高額な治療を長期間にわたり継続しなければならない者として認定された場合、自己負担上限月額が軽減される制度です。

下記<**認定要件**>を満たす方で申請を希望される場合、下記(1)～(3)が必要です。

(1) ①**「更新申請書」**の該当欄にチェックをつけてください。

(2) **「重症患者認定申告書」**の(1)高額かつ長期の添付書類の種類に○をつけてください。

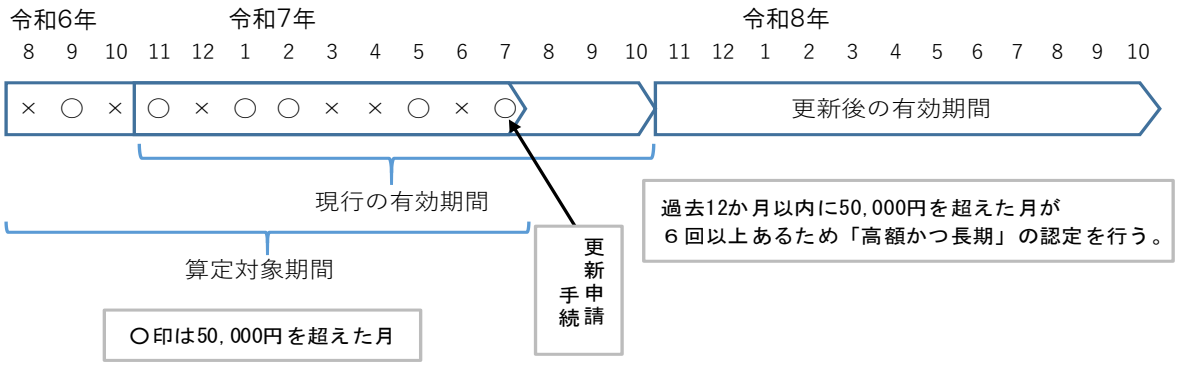
(3)**自己負担上限月額管理票の写し** または **診療明細書・領収書等の写し**

※領収書等は、診療点数等により医療費総額が確認できるものに限ります。また、提出した書類はお返しできませんので、領収書等は必ず写しを提出してください。

<**認定要件**>

<u>申請月を含む過去12か月以内に月の**医療費総額(10割)**が**50,000円を超えた月**が年間**6か月以上**ある</u>こと。 ※支給認定を受けた小児慢性特定疾病に関する医療費に限ります。

例: 令和7年10月末で医療受給者証の有効期限を迎える方が、7月に更新申請を行う場合、令和6年8月から令和7年7月までの間に、医療費等総額(10割)が50,000円を超える月が6か月以上ある場合、「高額かつ長期」の対象になります。



なお、現行の有効期間に「高額かつ長期」の適用を受けていない場合に、更新月の前から「高額かつ長期」の適用を受けるには、更新申請とは別に変更申請が必要です。(変更申請がない場合、「高額かつ長期」は更新月(令和7年11月)からの適用になります。

⑨ 重症患者認定申告書

○ 重症患者とは、受診者（患者）が下記＜**認定基準**＞に該当する場合、住民税が非課税でなければ医療費の自己負担上限月額が軽減されるものです。

下記＜**認定基準**＞を満たす方で申請を希望される場合、下記(1)～(3)が必要です。

（1）①**「更新申請書」**の該当欄にチェックをつけてください。

（2）**「重症患者認定申告書」**の該当認定基準に○をつけて提出してください。

（3）②**「小児慢性特定疾病医療意見書」**（重症患者認定基準に「該当する」と記載されたもの）、**身体障害者手帳の写し**（表紙（表面）のほか障害名がわかるもの）、**障害年金証書の写し**（身体障害者手帳1・2級に認定されている、または障害年金1級を受給） のいずれか

注意 重症患者の認定基準に該当しても、小児慢性特定疾病に係る認定基準を満たしていない場合は、医療費支給認定の対象とはなりません。

＜**認定基準**＞ ※心臓など内部障害は、対象外です。

【基準①】眼、聴器、上肢、下肢、体幹・脊柱、肢体の機能のうち、いずれかの部位で、身体障害者手帳1・2級、障害年金1級と同程度の障害を有している。（重症患者認定申告書、「基準①」に記載されている基準）

【基準②】罹患している疾病が属する疾患群の重症患者認定基準に該当する。（重症患者認定申告書、「基準②」に記載されている基準）

⑩ 人工呼吸器等装着者証明書

○ 小児慢性特定疾病の認定疾病により人工呼吸器又は補助人工心臓（体外式・埋め込み式）を**常時**装着している方は、自己負担上限月額の特例（上限月額500円）が適用されます。

下記＜**認定基準**＞を満たす方で申請を希望される場合、下記(1)(2)が必要です。

（1）①**「更新申請書」**の該当欄にチェックをつけてください。

（2）医師が記載した**「人工呼吸器等装着者証明書」**（発行から3か月以内）

＜**認定基準**＞

【全般】 食事、更衣、ベッドから車いす等への移乗、屋内外での移動について、全介助又は部分介助の状態であること。

【人工呼吸器】 以下の全てを満たすこと

① 小児慢性特定疾病の認定を受けた疾患で装着していること

② 常時（ほぼ24時間）装着していること

③ 現に装置を稼働させ人工呼吸を施行していること

④ 離脱の見込みがないこと

【体外式補助人工心臓・埋め込み式補助人工心臓】 以下の全てを満たすこと

① 小児慢性特定疾病の認定を受けた疾患で装着していること

② 現に装置を稼働させ循環の維持をしていること

③ 離脱の見込みがないこと

⑪ 世帯内按分認定関連書類

○ 同じ世帯において、複数の難病または小児慢性特定疾病医療費の助成を受けている方がいる場合、自己負担上限額が世帯単位で按分され、自己負担上限月額が軽減されます。

該当する方で申請を希望される場合、下記(1)～(3)が必要です。

(1) ①**「更新申請書」**の該当欄にチェックをつけ、氏名・受給者番号を記入してください。

(2) 按分対象となる指定難病患者の医療受給者証の写し

(3) 按分対象となる指定難病患者の健康保険証等の写し

⑫ 区市町村民税課税(非課税)証明書 **＊更新時に保険変更または非課税に変更の場合**

○ 受給者証の「適用区分」欄には、健康保険の「高額療養費制度」における階層を記入しています。

○ これは所得の状況に応じ、「ア」から「オ」のいずれかに分類されるもので、加入されている健康保険者が判定します。

○ 提出が必要な場合とその書類は次表のとおりです。

変更後の健康保険	**変更後**の区市町村民税	提出の有無	提出が必要な方
被用者保険	課税	×	―
	非課税	○	**被保険者のみ**
国民健康保険	課税	×	―
	非課税	×	―
国民健康保険組合	**課税**	○	**世帯全員分(※1)**
	非課税	○	**世帯全員分(※1)**

※1 被保険者(組合員)の区市町村民税課税(非課税)証明書で、その他の医療費支給認定基準世帯員が**扶養に入っていることが確認できる場合**は、その他の医療費支給認定基準世帯員の区市町村民税課税(非課税)証明書は省略することができます。

※2 証明書には**区市町村民税額のほかに、年間所得額及び所得控除額の記載**が必要です。

※3 提出する区市町村民税課税(非課税)証明書は次のとおりです。

・**令和7年6月まで**に申請される方…**令和6年度**の区市町村民税課税(非課税)証明書

・**令和7年7月以降**に申請される方…**令和7年度**の区市町村民税課税(非課税)証明書

⑬ 保険者からの情報提供にかかる同意書 **＊更新時に国民健康保険組合に変更になる場合**

○ 提出が必要な方は、更新時に**国民健康保険組合**に変更になる方です。

○ 前述の「適用区分」を確認するには、加入している国民健康保険組合の保険者から情報提供を受ける必要があり、ご本人の同意が必要です。

○ 保険者からの情報提供に係る同意書は、世田谷区ホームページからダウンロードするか、各総合支所保健福祉センター健康づくり課で配付しています。

⑭ 特定疾病療養受療証（マル長）を所有する場合、その写し

血友病などの高額な治療を著しく長期にわたって継続しなければならない患者は、加入する健康保険組合等に申請すると、1か月の自己負担額が1万円もしくは2万円になる「特定疾病療養受療証（マル長）」が交付されます。詳しくは加入する健康保険組合等にお問い合わせください。

⑮ 里親や養護施設長が申請者の場合、受診券（マル児）の写し

公費の適正な執行のため、⑭⑮をお持ちの方はその写しをご提出ください。

3 申請書提出先・お問い合わせ先

○お住まいの地域の総合支所保健福祉センター健康づくり課あてにご提出ください。（郵送可）

総合支所	所在地	管轄の地域	
世田谷総合支所 保健福祉センター 健康づくり課	〒154-8504 世田谷区世田谷 4-22-35 （第2庁舎内）	池尻１丁目～4 丁目 32 番、三宿、太子堂、三軒茶屋、若林、世田谷、桜、弦巻、宮坂、桜丘、経堂、下馬、野沢、上馬、駒沢１丁目・2 丁目	電話 03-5432-2893 ファクシミリ 03-5432-3074
北沢総合支所 保健福祉センター 健康づくり課	〒155-8666 世田谷区北沢 2-8-18 （北沢タウンホール内）	池尻 4 丁目 33 番～39 番、北沢、大原、代沢、羽根木、代田、松原、梅丘、豪徳寺、赤堤、桜上水	電話 03-6804-9355 ファクシミリ 03-6804-9044
玉川総合支所 保健福祉センター 健康づくり課	〒158-8503 世田谷区等々力 3-4-1	上用賀、用賀、桜新町、玉川台、瀬田、玉川、新町、駒沢 3 丁目～5 丁目、駒沢公園、深沢、中町、上野毛、野毛、等々力、尾山台、玉堤、奥沢、玉川田園調布、東玉川	電話 03-3702-1948 ファクシミリ 03-3705-9203
砧総合支所 保健福祉センター 健康づくり課	〒157-8501 世田谷区成城 6-2-1	船橋、千歳台、祖師谷、成城、砧、喜多見、大蔵、砧公園、岡本、宇奈根、鎌田	電話 03-3483-3161 ファクシミリ 03-3483-3167
烏山総合支所 保健福祉センター 健康づくり課	〒157-8555 世田谷区南烏山 6-22-14	北烏山、南烏山、上北沢、八幡山、粕谷、給田、上祖師谷	電話 03-3308-8228 ファクシミリ 03-3308-3036

【発行】世田谷保健所　感染症対策課
電話：03－5432－2274
ファクシミリ：03－5432－3022