〈見本〉

特定医療費（指定難病）受給者証

公費負担者番号	5	4	2	2	6	0	1	4
受給者番号	0	6	7	0	4	7	1	

受診者	住所及び氏名	〒410-0022 静岡県沼津市大岡 123456789 静岡　サンプル	
生年月日		平成元年9月9日	性別　男
保護者	住所及び氏名		
発行機関			
交付年月日		令和4年9月16日	

※医療機関の方へ　裏面の説明を必ずご覧ください。

有効期間	令和4年10月1日から 令和5年9月30日まで
負担上限月額	5，000　円　一般Ⅰ
入院時食費	全額自己負担
世帯内受給者	なし

指定難病名	067	ライソゾーム病

保険者名	全国健康保険協会		
記号・番号	12345	適用区分	

◎問い合わせ先

本庁	
静岡県健康福祉部疾病対策課	054-221-3393

指定医療機関の記載について

○各都道府県または政令指定都市の指定する医療機関（難病法に基づき指定された指定医療機関）であれば、医療費助成の対象となります。

○**指定医療機関かどうかの確認は、利用する予定の医療機関に直接お問い合わせください。**静岡県の指定医療機関は、静岡県疾病対策課のホームページからも確認できます。

○受給者証に記載する**指定医療機関の追加・変更に係る手続きは不要**です。

健康保険証、住所等の変更について

○健康保険証、住所、氏名等の変更がある場合は、**管轄の保健所への届出が必要**です。

記載事項変更履歴欄

年月日	変更事項