

児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援に係る高額療養費の支給に係る保険者との

連絡等の事務の取扱いについて 一部改正 新旧対照表

変更点は下線部

新	旧
<p>児童福祉法第6条の2 <u>第3項</u>に規定する小児慢性特定疾病医療支援に係る高額療養費の支給に係る保険者との連絡等の事務の取扱いについて</p> <p>標記事務に係る各都道府県、指定都市、中核市<u>及び児童福祉法第59条の4第1項の政令で定める市（特別区含む。）</u>（以下「都道府県等」という。）の具体的な取扱いについては、下記のとおりとするので、円滑な実施にご協力方願います。</p> <p>なお、この取扱いについては、保険局と協議済みであることを申し添える。</p> <p>記</p> <p>（略）</p> <p>別添様式①～別添様式③ （略）</p>	<p>児童福祉法第6条の2 <u>第2項</u>に規定する小児慢性特定疾病医療支援に係る高額療養費の支給に係る保険者との連絡等の事務の取扱いについて</p> <p>標記事務に係る各都道府県、指定都市、<u>及び</u>中核市（以下「都道府県等」という。）の具体的な取扱いについては、下記のとおりとするので、円滑な実施にご協力方願います。</p> <p>なお、この取扱いについては、保険局と協議済みであることを申し添える。</p> <p>記</p> <p>（略）</p> <p>別添様式①～別添様式③ （略）</p>

(別添様式 A)

年 月 日

(保険者名) 御中

(実施機関名)

児童福祉法第 6 条の 2 第 3 項の  
小児慢性特定疾病医療支援の対象者に係る連絡票の  
送付について

別紙のとおり、児童福祉法第 19 条の 2 第 1 項の  
小児慢性特定疾病医療支援の対象者について連絡いたします。

(連絡票 A)  
連絡票枚数 \_\_\_\_\_ 枚  
対象者数 \_\_\_\_\_ 人

(連絡票 α)  
連絡票枚数 \_\_\_\_\_ 枚  
対象者数 \_\_\_\_\_ 人

(連絡票 B)  
連絡票枚数 \_\_\_\_\_ 枚  
対象者数 \_\_\_\_\_ 人

連絡先  
住所  
電話番号  
(FAX)  
担当者名

(別添様式 A)

平成 年 月 日

(保険者名) 御中

(実施機関名)

児童福祉法第 6 条の 2 第 2 項の  
小児慢性特定疾病医療支援の対象者に係る連絡票の  
送付について

別紙のとおり、児童福祉法第 19 条の 2 第 1 項の  
小児慢性特定疾病医療支援の対象者について連絡いたします。

(連絡票 A)  
連絡票枚数 \_\_\_\_\_ 枚  
対象者数 \_\_\_\_\_ 人

(連絡票 α)  
連絡票枚数 \_\_\_\_\_ 枚  
対象者数 \_\_\_\_\_ 人

(連絡票 B)  
連絡票枚数 \_\_\_\_\_ 枚  
対象者数 \_\_\_\_\_ 人

連絡先  
住所  
電話番号  
(FAX)  
担当者名

(別紙様式 a)

年 月 日

(実施機関名) 御中

(保険者名)

児童福祉法第6条の2第3項の  
小児慢性特定疾病医療支援の対象者に係る連絡票の  
返送について

年 月 日付で送付された連絡票(連絡票整理記号〇〇  
〇〇)につき、別紙のとおり返送いたします。

連絡先  
住所  
電話番号  
(FAX)  
担当者名

(別紙様式 a)

平成 年 月 日

(実施機関名) 御中

(保険者名)

児童福祉法第6条の2第2項の  
小児慢性特定疾病医療支援の対象者に係る連絡票の  
返送について

平成 年 月 日付で送付された連絡票(連絡票整理記号〇〇  
〇〇)につき、別紙のとおり返送いたします。

連絡先  
住所  
電話番号  
(FAX)  
担当者名