

◎小児慢性特定疾病指定医のオンラインでの更新申請について



大分県のホームページを開き右上のサイト内検索枠に
「小児慢性 指定医 更新」と入力し検索をクリック

検索結果一覧

約 356 件 (0.18 秒)

並び替え、

指定小児慢性特定疾病医療機関及び指定医について - 大分県

大分県ホームページ › ... › 福祉保健部 › 健康政策・感染症対策課

指定小児慢性特定疾病医療機関の有効期間は、指定を決定した翌月初日から5年経過した月の属する年の末日です。ただし、医療機関の新規開設に伴う申請については医療機関の ...





Oita Prefectural Government

大分県



防災ポータル



分類でさがす



目的でさがす



組織でさがす

指定小児慢性特定疾病医療機関及び指定医について

 [印刷ページの表示](#) ページ番号：0002059105 更新日：2025年10月10日更新

 [ポスト](#)  [シェアする](#)  [LINEで送る](#)

小児慢性特定疾病の支給認定申請に添付する診断書（医療意見書）は、都道府県知事等が指定する指定医しか作成することができません。また、小児慢性特定疾病の患者は、都道府県知事等が指定する指定小児慢性特定疾病医療機関で医療を受けたときのみ、医療費助成の対象となります。

（注意！）大分市内に所在する指定小児慢性特定疾病医療機関の指定及び大分市内に所在する医療機関に勤務し診断書を作成する指定医の指定は大分市長が行います。詳しくは[大分市保健所保健予防課](#)(535-7710)へお問い合わせください。

指定医のオンライン申請

小児慢性特定疾病の指定医に関するオンライン申請はこちらから申請できます。

指定医 オンライン申請

[小児慢性特定疾病指定申請書（新規・更新）](#)

[小児慢性特定疾病指定医変更届出書](#)

[小児慢性特定疾病指定医辞退届出書](#)

このページを下にスクロールしていくと小児慢性特定疾病指定医のオンライン申請が出てきます。



小児慢性特定疾病指定申請書
（新規・更新）をクリック

小児慢性特定疾病指定医指定申請

入力の状況

0%

大分県の「小児慢性特定疾病指定医指定申請」のオンライン申請ページです。

ログインしていただくと、申請書の一時保存や申請履歴の確認ができます。

新規登録またはログインして申請



初めて利用される場合は
こちらをクリック

過去利用したことがある場合は、いずれかをクリックしログイン

 **Graffer**
スマート申請

大分県 ログイン

Grafferアカウントをお持ちの方

[Grafferアカウント規約](#) [プライバシーポリシー](#) をお読みの上、同意してログインしてください。ログインをもって、Grafferアカウント規約およびプライバシーポリシーに同意いただいたものとします。



Googleでログイン



LINEでログイン



メールアドレスでログイン

[ログイン方法について教えてください](#)

[大分県のサービスにG.bizIDでログインする](#)

Grafferアカウントをお持ちでない方

Grafferアカウントに登録すると、申請書の一時保存や申請履歴の確認ができます。アカウント登録は無料です。

新規アカウント登録

★ 【Grafferアカウント】 アカウント本登録のご案内

差出人 : noreply@mail.graffer.jp
送信日時 : 2026年07月14日 (火) 10:20
To : [REDACTED].jp

以下のURLをクリックしアカウントの本登録を行ってください。

<https://accounts.graffer.jp/activation/aa-1c407b21-f0e4-4323-a4e7-4c49ebd25982>

※本メールにお心当たりの無い方は、support【@】graffer.jp までご連絡いただけますと幸いです。
※本メールは自動送信です。このメールにご返信いただいてもお答えする事ができませんのでご了承ください。

株式会社グラファー

<https://graffer.jp/>
Copyright © Graffer, Inc.

新規アカウント登録を選択された方は、
この内容のメールが届きます。
メールに記載されているURLをインターネット
ブラウザに張り付け、登録にお進みください。
(ttpsの前に半角“h”を入力してください。)

Google

<https://accounts.graffer.jp>

X

Q

小児慢性特定疾病指定医指定申請

入力状況

0%

大分県の「小児慢性特定疾病指定医指定申請」のオンライン申請ページです。

利用規約をご確認ください

[利用規約](#)  に同意して、申請に進んでください。

☒ 利用規約に同意する 必須

申請に進む



小児慢性特定疾病指定医指定申請

入力状況

14%

入力フォーム

申請者の情報

医師氏名 必須

大分 太郎



姓と名の間にスペースを入れてご入力お願いします。

一時保存して、次へ進む

[＜ 申請の概要等の確認に戻る](#)

小児慢性特定疾病指定医指定申請

入力の状況

18%

入力フォーム

生年月日 必須

(例) 元号〇〇年〇〇月〇〇日

昭和〇〇年〇〇月〇〇日



医籍登録番号 必須

第〇〇号 ※〇〇の部分を入力

12345



医籍登録年月日 必須

(例) 元号〇〇年〇〇月〇〇日

平成〇〇年〇〇月〇〇日



一時保存して、次へ進む

< 戻る

小児慢性特定疾病指定医指定申請

入力の状況

27%

入力フォーム

新規・更新区分

新規・更新区分 必須

新規申請又は更新申請のいずれかを選択してください。

☐ 新規申請

☒ 更新申請

更新申請にチェック

入力内容に不備があります。内容を確認してください。

一時保存して、次へ進む

< 戻る

小児慢性特定疾病指定医指定申請

入力状況

27%

入力フォーム

新規・更新区分

新規・更新区分 必須

新規申請又は更新申請のいずれかを選択してください。

☐ 新規申請

☒ 更新申請

小児慢性特定疾病指定医番号 必須

入力内容に不備があります。内容を確認してください。

一時保存して、次へ進む

＜ 戻る

指定医番号がわからない場合は、県HPの指定医名簿からご確認ください。

小児慢性特定疾病指定医指定申請

入力状況

36%

入力フォーム

指定医の要件に係る事項

該当する事項を選択してください。 必須

下記のいずれかを選択した後、有する資格の内容又は受講した研修の概要を入力してください。

☐ 専門医の資格を有する

☐ 研修を受講

入力内容に不備があります。内容を確認してください。

一時保存して、次へ進む

＜ 戻る

指定医番号が、
4401・・・の方は、
専門医の資格にチェック

4402・・・の方は、
研修を受講にチェック

小児慢性特定疾病指定医指定申請

入力状況

45%

入力フォーム

専門医名称 必須

内科

認定機関名 必須

日本専門医機構

有効期限 必須

有効期限日を入力してください。(例) 元号〇〇年〇〇月〇〇日

令和〇〇年〇〇月〇〇日

一時保存して、次へ進む

< 戻る

入力フォーム

主たる勤務先の医療機関

医療機関名 必須

小児慢性特定疾病医療費の支給認定申請に必要な診断書（医療意見書）を作成する可能性のある主たる医療機関について入力してください。

医療法人〇〇〇病院

所在地（郵便番号） 必須

870-0000

所在地 必須

〇〇市〇〇〇〇1-3

電話番号 必須

097-〇〇〇-〇〇〇〇

担当する診療科 必須

〇〇科

一時保存して、次へ進む

< 戻る

小児慢性特定疾病指定医指定申請

入力状況

73%

入力フォーム

従たる勤務先の医療機関

勤務先情報

任意

最大5件まで入力可能

主たる勤務先の医療機関以外に勤務し、診断書（医療意見書）を作成する可能性のある医療機関があれば入力してください。（5件まで入力可能）

+ 追加する

一時保存して、次へ進む

< 戻る

※ 追加のない方は、次へ進む

小児慢性特定疾病指定医指定申請

入力状況

82%

入力フォーム

経歴書

氏名 必須

氏名（ふりがな） 必須

生年月日 必須

（例）元号〇〇年〇〇月〇〇日

経歴 任意 最大8件まで入力可能

※ 5年以上の診断又は治療に従事した経験（臨床研修期間を含む。）があることが分ければ、全ての経歴を記載する必要はありません。（8件まで入力可能）

+ 追加する

期間合計 必須

（例）〇〇年〇〇ヶ月

経歴書作成日 必須

（例）元号〇〇年〇〇月〇〇日現在

入力内容に不備があります。内容を確認してください。

一時保存して、次へ進む

< 戻る

入力の状況

91%

入力フォーム

添付書類

医師免許証の写し 必須

裏面に書換等の記載のあるものは、裏面も添付のこと

ファイルを選択…

認定／研修終了証明 必須

専門医に認定されていることを証明する書類の写し又は指定医の研修修了を証明する書類の写し

ファイルを選択…

入力内容に不備があります。内容を確認してください。

一時保存して、次へ進む

< 戻る

新規の場合は添付
が必要です。
更新の場合は添付
不要です。新規の場合は添付
が必要です。
更新の場合は添付
不要です。

入力の状況

100%

申請内容の確認

申請者の情報

医療機関名 必須

医療法人〇〇〇病院

編集

所在地（郵便番号） 必須

870-0000

編集

所在地 必須

〇〇市〇〇〇〇1-3

編集

添付書類

医師免許証の写し 必須

1-3_20260701_web.pdf

編集

認定／研修終了証明 必須

1-3_20260701_web.pdf

編集

この内容で申請する

添付書類に間違い
がないか必ず開い
て確認してくださ
い。
不足などあります
と、手続きが遅れ
ることがあります。