

(様式1)

| | | | | | | | | | |
|----|---------|---|---|---|---|---|---|--|--|
| 新規 | 公費負担者番号 | 5 | 1 | 0 | 5 | 6 | 0 | | |
| 更新 | 受給者番号 | | | | | | | | |

重 ・ 後

特定疾患医療受給者証交付申請書

| | | | | | | |
|--|------------------------------------|--|--|---------------|---------|-------|
| 受給者 | フリガナ 氏名 | ----- | | | 性別 | 男 ・ 女 |
| | 生年月日 | 大・昭・平 年 月 日 (歳) | | | 職業 | |
| | 住所 | 〒 電話番号 () | | | | |
| | 加入 医療保険 | 被保険者氏名 | | | 受給者との続柄 | |
| 保険種別 | | 協・組・船・共・国・後・介 | | 被保険者証 記号番号 | | |
| 被保険者証 発行機関名 | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | |
| 申請者 | 氏名 | ㊦ | | | 受給者との続柄 | |
| | 住所 | 〒 電話番号 () | | | | |
| 生計 中心者 | 氏名 | | | | 受給者との続柄 | |
| | 住所 | 電話番号 () | | | | |
| | 今回申請する受給者以外に既に同一生計内で受給者証の交付を受けている者 | 有 (氏名 : 受給者番号 :) 無 | | | | |
| 病名 | | | | | | |
| 医療 機関 | 名称 | | | | | |
| | 所在地 | | | | | |
| | 名称 | | | | | |
| | 所在地 | | | | | |
| (注) 臨床調査個人票の研究利用についての同意 | | 特定疾患治療研究事業は、重症で希少な特定疾患の研究を推進するための制度であり、提出した臨床調査個人票が厚生労働科学研究において、個人情報保護のもと疾患研究の基礎資料として使用されることを確認した上で申請してください。(裏面参照) | | | | |
| 上記のとおり、臨床調査個人票の研究利用について同意し、特定疾患医療受給者証の交付を申請します。 令和 年 月 日 (あて先) 秋田県知事 | | | | | | |

(注) 承認期間は、申請書を管轄保健所が受理した日からとなります。

※ 重症申請の場合、左上の「重」を、高齢者の医療の確保に関する法律対象者は、同じく「後」を○で囲んでください。

<同意について>

特定疾患治療研究事業は、重症で希少な特定疾患の研究を推進するため、患者の方の治療に係る医療費の自己負担分を公費で補助する制度です。

本申請書に添付された臨床調査個人票は、厚生労働科学研究難治性疾患克服研究事業の研究班において、当該疾患の研究のための基礎資料として使用されますので、このことに同意されたうえで、特定疾患医療受給者証の交付申請を行ってください。

また、臨床調査個人票の使用に当たっては、個人情報の保護に十分配慮し、研究以外の目的には一切使用されることはありません。

なお、この同意は、添付された臨床調査個人票を疾患研究の基礎資料として活用することに対する同意であり、臨床調査研究分野の研究班及び特定疾患対策分科会で行われる臨床研究等の実施に関して協力を求める場合は、改めて、それぞれの研究者から主治医を介して説明が行われ、同意を得ることとされています。

 これより下は保健所、県使用欄ですので、記入しないでください。

| I. 必要書類確認 | | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 新規 (軽症) | 新規 (重症) | 他の 都道府県 から 転入 | 更新 (軽症) | 更新 (重症) | 再登録 (軽症) | 再登録 (重症) |
| 1. 特定疾患医療受給者証交付申請書 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. 臨床調査個人票 (新規) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. 臨床調査個人票 (更新) | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 4. 世帯全員の住民票 | <input type="checkbox"/> | | | | | <input type="checkbox"/> | |
| 5. 本人の住民票 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 6. 健康保険証のコピー | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. 生計中心者の所得関係証明書 | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| 8. 保険者からの情報提供にかかる同意書 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. 被保険者の所得関係証明書 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. 重症患者認定申請書 | | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 11. 重症申請添付書類 | | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 12. 転入前の都道府県で交付された受給者証のコピー | | | <input type="checkbox"/> | | | | |
| II. 臨床調査個人票確認 記載年月日から3ヶ月以内 <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| 14 ビュルガー病：動脈撮影フィルム (新規、再登録の場合) <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| 24 モヤモヤ病：脳血管撮影を行わない場合は、MRAフィルム (新規、再登録の場合) <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| 36 特発性間質性肺炎：胸部HRC T画像 <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| 37 網膜色素変性症：網膜電図 (新規、再登録の場合)、視野検査測定結果 | | | | | | | |
| 49 慢性炎症性脱髄性多発神経炎：神経伝導検査レポート <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| 50 肥大型心筋症：12誘導心電図、心エコー図 <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| 51 拘束型心筋症：12誘導心電図、心エコー図 <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| 52 ミトコンドリア病：読影レポート、病理診断レポート <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| III. 被用者保険確認 扶養 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> | | | | IV. 生計中心者確認 扶養 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> | | | |
| V. 自己負担限度額確認 | | | | | | | |
| 市町村民税非課税 <input type="checkbox"/> 階層区分 (A -) / 所得税非課税 <input type="checkbox"/> 階層区分 (B -) | | | | | | | |
| 所得税課税 <input type="checkbox"/> (円) 階層区分 (-) / 重症 <input type="checkbox"/> 階層区分 (@) | | | | | | | |
| VI. 申請書入力確認 <input type="checkbox"/> | | | | VII. 臨床調査個人票入力確認 <input type="checkbox"/> | | | |