

特定医療費（指定難病）支給認定申請書（新規・更新・変更）

(※1)

受診者	フリガナ					生年月日	
	氏名		性別	男・女	年齢	歳	年 月 日
	フリガナ					電話	
	住所	〒					
	加入医療保険	被保険者氏名					受診者との続柄
保険種別						被保険者証の記号・番号	
被保険者証発行機関名							
所在地							
申請者	フリガナ				受診者との関係		
	氏名						
	住所(※2)	〒			電話番号(※2)		
病名							
自己負担上限額の特例 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着	<input type="checkbox"/>	高額かつ長期			
	<input type="checkbox"/>	軽症者特例	<input type="checkbox"/>	重症患者認定			
今回申請する受診者と同じ世帯内にいる指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている者又は申請中の者				有(氏名 ) ・ 無 受給者番号( )			
受診を希望する (指定)医療機関 (薬局、訪問看護事業者等を含む)	医療機関名			所在地			
受給者番号(※3)							
臨床調査個人票の研究利用についての同意	指定難病の研究を推進するため、提出した診断書(臨床調査個人票)を厚生労働科学研究において、個人情報保護のもと疾病研究の基礎資料として使用されることに同意する(詳細については裏面を参照)。						
私は、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、特定医療費の支給を申請します。							
申請者氏名		印(※4)					
令和 年 月 日							
(あて先) 秋田県知事							

- ※1 新規・更新・変更のいずれかに○をする。
- ※2 受診者本人と異なる場合に記入。
- ※3 更新または変更の方のみ記入。
- ※4 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。



(記 入 例)

特定医療費（指定難病）支給認定申請書（新規・更新・変更）						（※1）			
受診者	フリガナ	アキタ タロウ			生 年 月 日				
	氏 名	秋田 太郎		性別	男・女	年齢	〇〇 歳	明治 大正 昭和 平成 令和	〇〇 年 〇〇月 〇〇日
	フリガナ	アキタケンアキタシサンノウヨンチョウメ					電 話	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	
	住 所	〒010-8570 秋田県秋田市山王四丁目1-1							
	加入医療保険	被 保 険 者 氏 名	秋田 太郎			受診者との続柄	本人		
保 険 種 別		国民健康保険，後期高齢者医療，健康保険協会 等			被保険者証の 記号・番号	〇〇〇〇〇〇			
被 保 険 者 証 発 行 機 関 名		〇〇〇〇〇							
所 在 地		〇〇市〇〇字〇〇3-2-1							
申請者	フリガナ	アキタ ハナコ			受診者との 関 係	妻			
	氏 名	秋田 花子							
	住 所 （※2）	〒 (受診者本人と異なる場合に記入)			電話番号 （※2）	(受診者本人と異なる場合に記入)			
病 名	〇〇〇〇〇〇〇								
自己負担上限額 の特例 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着		<input type="checkbox"/>	高額かつ長期				
	<input type="checkbox"/>	軽症者特例		<input type="checkbox"/>	重症患者認定				
今回申請する受診者と同じ世帯内にいる指定難病又は小児慢性特定疾病の 医療費助成を受けている者又は申請中の者				有（氏名 受給者番号（ ）） ・ 無 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">いずれかに○をする</span>					
受診を希望する (指定)医療機関 (薬局、訪問看護事業者 等を含む)	医 療 機 関 名			所 在 地					
	〇〇病院  〇〇薬局			〇〇市〇〇字〇〇1-1  〇〇市〇〇字〇〇1-2					
受給者番号（※3）	1 2 3 4 5 6 7 （更新または変更の方のみ記入）								
臨床調査個人票の 研究利用についての同意	指定難病の研究を推進するため、提出した診断書（臨床調査個人票）を厚生労働科学研究において、個人情報保護のもと疾病研究の基礎資料として使用されることに同意する（詳細については裏面を参照）。								
私は、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、特定医療費の支給を申請します。									
申請者氏名	秋田 花子			印（※4）					
令和	〇〇年 〇〇月 〇〇日					(あて先) 秋田県知事			

※1 新規・更新・変更のいずれかに○をする。  
※2 受診者本人と異なる場合に記入。  
※3 更新または変更の方のみ記入。  
※4 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

(裏面)

<同意について>

厚生労働省では、難病の研究を推進するため、本申請書に添付された診断書(臨床調査個人票)をデータベースに登録し、厚生労働省の研究事業等の基礎資料として使用することとしています。

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病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。

支給認定基準世帯員（受診者と同じ医療保険に加入する者）

世帯員氏名	秋田 花子	受診者との続柄	妻
世帯員氏名	秋田 一郎	受診者との続柄	長男
世帯員氏名	秋田 次郎	受診者との続柄	次男
世帯員氏名	秋田 三郎	受診者との続柄	父
世帯員氏名	秋田 一子	受診者との続柄	母
世帯員氏名	秋田 一	受診者との続柄	祖父
世帯員氏名	秋田 次子	受診者との続柄	祖母
世帯員氏名		受診者との続柄	
世帯員氏名		受診者との続柄	