

|                                                      |                          |                 |                   |                                                                                                                                                                                                                                              |                          |              |              |       |  |       |
|------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------|--------------|-------|--|-------|
| 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                     |                 |                   |                                                                                                                                                                                                                                              | 年 齢                      | 歳            | 生 年 月 日      |       |  |       |
|                                                      | 氏 名                      |                 |                   |                                                                                                                                                                                                                                              |                          |              | 大 正 昭和 平成 令和 | 年 月 日 |  |       |
|                                                      | 住 所                      | 〒               |                   |                                                                                                                                                                                                                                              |                          | 電 話 番 号      |              |       |  |       |
|                                                      | 加入医療保険                   | 被 保 険 者 氏 名     |                   |                                                                                                                                                                                                                                              |                          |              | 受診者との続柄      |       |  |       |
|                                                      |                          | 保 険 種 別         | 協・組・共・国保・国組・後・未加入 |                                                                                                                                                                                                                                              |                          |              | 記 号・番 号      |       |  |       |
|                                                      |                          | 保 険 者 名         |                   |                                                                                                                                                                                                                                              |                          |              |              |       |  |       |
| 申請者                                                  | フリガナ                     |                 |                   |                                                                                                                                                                                                                                              |                          | 受診者との関係      |              |       |  |       |
|                                                      | 氏 名                      |                 |                   |                                                                                                                                                                                                                                              |                          |              |              |       |  |       |
|                                                      | 住 所<br>(※2)              | 〒               |                   |                                                                                                                                                                                                                                              |                          | 電話番号<br>(※2) |              |       |  |       |
| 病 名                                                  |                          |                 |                   |                                                                                                                                                                                                                                              |                          |              |              |       |  |       |
| 自己負担上限額の特例<br>(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"/> | 世 帯 内 按 分 特 例   |                   |                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | 軽 症 者 特 例    |              |       |  |       |
| 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<br>受給者番号（           |              |              |       |  | ） ・ 無 |
| 受診を希望する<br>（指定）医療機関<br>（薬局、訪問看護事業者等を含む）              |                          |                 |                   |                                                                                                                                                                                                                                              |                          |              |              |       |  |       |
| 特定医療費の支給を開始<br>することが適当と考えら<br>れる年月日（※4.5）            | 令和 年 月 日                 |                 |                   | 【左記の欄が申請日から1 か月以上前の年月日となっている理由】<br><input type="checkbox"/> 臨床調査個人票の受領に時間を要したため<br><input type="checkbox"/> 症状の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため<br><input type="checkbox"/> 大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要したため<br><input type="checkbox"/> その他<br>〔 |                          |              |              |       |  |       |
| 受給者番号（※3）                                            |                          |                 |                   |                                                                                                                                                                                                                                              |                          |              |              |       |  |       |
| 私は、上記のとおり、特定医療費の支給を申請します。                            |                          |                 |                   |                                                                                                                                                                                                                                              |                          |              |              |       |  |       |
| 申請者氏名                                                |                          |                 |                   |                                                                                                                                                                                                                                              |                          |              |              |       |  |       |
| 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 特定医療費の支給開始日は、指定医が重症度分類を満たしていると診断した日又は軽症高額の基準を満たした日の翌日（ただし遡り期間は原則申請日から1 か月前（やむを得ない理由により申請が行えなかった場合は最長3か月前）の同じ日）まで遡ることが可能。  
そのため、申請日に関わらず、臨床調査個人票に記載された診断年月日等、特定医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日を記載。  
※5 更新の場合は、原則、記入不要。

別添

**指定難病の医療費助成・指定難病登録者証の申請における  
臨床調査個人票情報の研究等への利用についての同意書**

厚生労働大臣 殿

私は、下記の説明を読み、指定難病の医療費助成又は指定難病登録者証の申請に当たり提出した臨床調査個人票の情報が、①厚生労働省のデータベースに登録されること、②研究機関等の第三者に提供され、指定難病に関する創薬の研究開発等に利用されることに同意します。

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

住 所 : \_\_\_\_\_

患者署名 : \_\_\_\_\_

※ 患者が未成年又は成年被後見人等の理由により、本人に代わって代理人が同意する場合は、可能な限り本人にも確認したうえで、以下も署名してください。

代理人署名: \_\_\_\_\_

≪ 本同意書に関する説明 ≫

指定難病の患者に対する良質かつ適切な医療支援の実施や指定難病患者であることを証明するため、当該疾病の程度が一定以上である者等に対し、申請に基づき医療費助成の実施や登録者証の発行をしています。

これらの申請時に提出していただく「臨床調査個人票」は、医療費助成・指定難病登録者証発行の対象となるか否かの審査に用いられますが、加えて、同意をいただいた方については、記載されている情報を厚生労働省のデータベースに登録し、指定難病に関する創薬の研究開発や政策立案等にも活用させていただきます。

本紙をお読みいただき、臨床調査個人票の情報が、①厚生労働省のデータベースに登録されることや、②研究機関等の第三者に提供され、指定難病に関する創薬の研究開発等に利用されることに同意いただける場合は、上記にご署名頂き、「臨床調査個人票」とともに、申請先の都道府県又は指定都市へ提出ください。

また、同意をいただいた後も、その同意を撤回することができます。同意書提出時に未成年だった患者の方が、成人後に撤回することも可能です。

なお、同意については任意であり、同意されない場合も医療費助成や登録者証発行の可否に影響を及ぼしません。

≪ データベースに登録される情報と個人情報保護 ≫

厚生労働省のデータベースに登録される情報は、臨床調査個人票に記載された項目です。臨床調査個人票については、以下のURLをご参照ください。

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000084783.html>

厚生労働省のデータベースは、個人情報保護に十分に配慮して構築しています。データベースに登録された情報を研究機関等の第三者に提供するに当たっては、厚生労働省の審議会における審査を行います。

患者個人を識別することができない「匿名加工」を行うため、患者個人の氏名や住所等の情報は第三者に提供されません。提供された情報を活用した研究成果は公表されますが、その際にも、個人が特定される情報が掲載されることはありません。

また、提供された情報を活用する企業等に対しては、情報漏洩防止のための安全管理措置等の情報の取扱いに関する義務が課されます。義務違反の場合には、厚生労働大臣による立入検査や是正命令が行われるとともに、情報の不適切利用等に対して罰則があります。

臨床研究等の実施に関して協力を求める場合は、改めて、それぞれの研究者等から主治医を介して説明が行われ、皆様の同意を得ることになります。

≪ データベースに登録された情報の活用方法 ≫

厚生労働省のデータベースに登録された情報は、

- ①国や地方公共団体が、難病対策の企画立案に関する調査
  - ②大学等の研究機関が、難病患者の良質かつ適切な医療の確保や療養生活の質の維持向上に資する研究
  - ③民間事業者等が、難病患者の医療・福祉分野の研究開発に資する分析等
- を行う場合に活用されます。

例えば、製薬企業等が、創薬のために、開発したい治療薬の対象患者の概要把握(重症度等の経過・治験の実行可能性等)や治験で使用する指標の検討等に活用することが想定されます。

≪ 同意の撤回 ≫

同意をいただいた後も、情報の登録や、登録された情報の研究機関等の第三者への提供・利用について、同意を撤回することができます。いただきました同意の撤回書を踏まえて、厚生労働省において速やかに対応いたします。必要な手続きは、厚生労働省ホームページを確認してください。

同意撤回後に、その情報が第三者に提供されることはありませんが、既に情報を提供している場合等には、その情報の削除はできませんので了承ください。

なお、同意の撤回は、同意書に署名した方が代理人の場合は、原則として当該代理人の方の署名をお願いします。ただし、同意書提出時に未成年だった患者の方が、成人後に撤回する場合においては、この限りではありません。