

< 保健所記入欄 >

国保組合 社保・非 変更届同時 同意書添付 他疾患新規同時

階層 区分		
----------	--	--

特定医療費(指定難病)支給認定申請書(新規・更新・変更(疾患追加/上限額変更))*

* 新規・更新・疾患追加・上限額変更のいずれかに○

受給者番号 (更新又は変更の場合のみ記入)									
指定難病名									
患者 (受診者)	フリガナ					性別	年齢	生年月日	
	氏名					男・女	歳	年 月 日	
	郵便番号					電話番号	(日中連絡可能なもの)		
	住所 (住民票の住所を 正確に記載)	市 町 村				1月1日時点(※1~6月の申請の場合は前年)の住所地(市町村) <input type="checkbox"/> 現在と同じ <input type="checkbox"/> 異なる場合は記載 ()			
	加入 医療保険等	被保険者氏名					患者との続柄	本人 ・ 家族	
		保険種別	生活保護・協会・組合・共済・船員・ 国保・国保(退職)・後期				記号・番号		
		保険者名称					保険者番号		
	支給認定 基準世帯員	氏名					続柄	1月1日時 点の住所 地(市町 村) (※1~6 月の申 請の場 合は前 年の 1月1日 時 点)	<input type="checkbox"/> 患者と同じ <input type="checkbox"/> 異なる()
									<input type="checkbox"/> 患者と同じ <input type="checkbox"/> 異なる()
									<input type="checkbox"/> 患者と同じ <input type="checkbox"/> 異なる()
<input type="checkbox"/> 患者と同じ <input type="checkbox"/> 異なる()									
<input type="checkbox"/> 患者と同じ <input type="checkbox"/> 異なる()									
<input type="checkbox"/> 患者と同じ <input type="checkbox"/> 異なる()									
<input type="checkbox"/> 患者と同じ <input type="checkbox"/> 異なる()									
○被用者保険(全国健康保険協会、健康保険組合、共済組合等)…被保険者 ○後期高齢者医療制度、国民健康保険(市町村国保、国保組合)…受診者と同じ医療保険に加入している方全員									
受給者証送付先	以下に該当する場合は□に印をつけてください。		フリガナ					患者との続柄	
	<input type="checkbox"/> 患者氏名と同じ		氏名						
	<input type="checkbox"/> 患者住所・電話番号と同じ								
	郵便番号	-			電話番号	()			
住所	都道 市区		府 県 町 村						
自己 負担 例上 限額	その他 申請情報	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器、体外式補助人工心臓を使用している							
	該当する場合は□ に印をつけてくだ さい。	<input type="checkbox"/> 軽症者特例 (軽症高額該当)		※申請日の属する月以前の12月の間に、上記難病に関する月ごとの医療費総額が33,330円 を超える月が3回以上(自己負担上限額管理票の写し等の添付が必要。)					
		<input type="checkbox"/> 高額かつ長期 (高額難病治療継続者)		※申請日の属する月以前の12月の間に、上記難病に関する月ごとの医療費総額が50,000円 を超える月が6回以上(自己負担上限額管理票の写し等の添付が必要。)					
患者と同じ保険に加入するもので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		無 ・ 有 (氏名) (受給者番号)							
受診を希望する 医療機関等	医療機関名(病院・診療所/薬局/訪問看護事業所)			所在地(市町村名)		医療機関番号(保健所記入欄)			

※裏面の申請者氏名欄に記名押印又は署名してください。

<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。

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。
---------------------	---

新潟県知事 様

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。

年 月 日

申請者氏名*

印

※ 申請者が受診者・法定代理人以外の場合、委任状の記載が必要です。

委 任 状

受任者 住所

氏名

上記の者を代理人と定め、本申請に関する一切の権限を委任します。

年 月 日

委任者 (受診者)

住所

氏名

印

※ 更新申請の場合で、表面の「支給認定基準世帯員氏名」欄に印字された内容に変更があるときは、当該欄に変更後の内容を記載してください。欄が不足する場合は、下欄に記載してください。

また、新たに支給認定基準世帯員となった方がいる場合は、その方の個人番号を確認できる書類の写しを添付してください。

支給認定基準世帯員氏名 (受診者については記載不要)	受診者との続柄	1月1日時点の住所地(市町村)
		<input type="checkbox"/> 受診者と同じ <input type="checkbox"/> 異なる ()
		<input type="checkbox"/> 受診者と同じ <input type="checkbox"/> 異なる ()
		<input type="checkbox"/> 受診者と同じ <input type="checkbox"/> 異なる ()
		<input type="checkbox"/> 受診者と同じ <input type="checkbox"/> 異なる ()
		<input type="checkbox"/> 受診者と同じ <input type="checkbox"/> 異なる ()

聞取調書欄

年 月 日

職名

氏名

印

【申請窓口担当者欄】

番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号記載住民票等 <input type="checkbox"/> 住基(理由:)
身元確認方法	<input type="checkbox"/> 添付書類で確認 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他()