

見本(表)

新規申請 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（疾病変更、疾病追加、高額かつ長期、人工呼吸器、その他） 転入

受診者（患者）	フリガナ	オキナワ タロウ				性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男	年齢	〇〇								
	氏名	沖縄 太郎					<input type="checkbox"/> 女		歳								
	個人番号 (マイナンバー)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	0	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正	〇〇年 ×月 △日	
	受給者番号 (更新、変更の場合)														<input checked="" type="checkbox"/> 昭和		
	住所	〒 ×××-××××												電話番号	自宅		0980-××-××××
		〇〇市△△ ×丁目×番×号													携帯		090-××××-××××
本年1月1日時点の所在地 (現住民票と異なる場合のみ記載)			都道府県			沖縄県			市区町村			那覇市					
加入医療保険	被保険者氏名			沖縄 花子			受診者との続柄			<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> その他(妻)							
	被保険者証 発行機関名			全国健康保険協会 沖縄支部			記号・番号			△△△△△・〇〇							
申請者	フリガナ	オキナワ ハナコ				受診者との関係	<input type="checkbox"/> 本人	電話番号	<input type="checkbox"/> 本人								
	氏名	沖縄 花子					<input type="checkbox"/> 保護者()										
	住所	〒				<input checked="" type="checkbox"/> 代理人(妻)	090-△△△△-△△△△										
指定難病名												パーキンソン病			〇〇同上(記入省略)		
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 (高額難病治療継続者)										
	<input type="checkbox"/>	軽症高額該当															
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												<input type="checkbox"/> 有(氏名) <input checked="" type="checkbox"/> 無					
私は、上記のとおり、特定医療費の支給を申請します。 また、提出した臨床調査個人票に疑義が生じた場合、県が医療機関へ直接照会することに同意します。												保健所受理印					
申請者氏名 沖縄 花子												令和 〇年 〇月 〇日 沖縄県知事 殿					

臨床調査個人票の研究等への利用についての同意をされる方は、別添「研究利用に関するご説明」をご確認いただき、以下に署名をお願いします。

私は、指定難病の研究を推進するため、提出した臨床調査個人票が、別添「研究利用に関するご説明」に基づき、指定難病の治療研究等、指定難病に係る研究及び政策を立案するための基礎資料として利用されることを同意します。

臨床調査個人票の記載内容をデータベースに登録し、指定難病に関する研究の基礎資料として利用することに同意いただける場合に署名

受診者氏名 沖縄 太郎

申請者氏名 沖縄 花子

(※ 受診者に代わって申請者が同意する)

令和 〇年 〇月 〇日

厚生労働大臣 殿

※ 裏面も必ずご記入ください。

(裏)

見本(裏)

受診者と同じ医療保険に加入する者) 記入欄 人不要です。										該当者の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
世帯員氏名		沖縄 花子								本年1月1日 時点の所在地	都道府県	沖縄県	受診者 との続柄	妻			
個人番号 (マイナンバー)		1	0	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	市区町村	那覇市		
世帯員氏名										本年1月1日 時点の所在地	都道府県		受診者 との続柄				
個人番号 (マイナンバー)										市区町村							
世帯員氏名		<p>1. 被用者保険・社会保険に加入…被保険者の情報を記入(受診者本人が被保険者の場合は記入不要)</p> <p>【例】受診者の父が被用者保険の被保険者で受診者を扶養に入れている場合 → 被保険者(父)の情報を記入</p> <p>2. 国民健康保険に加入…同じ国民健康保険(保険証の記号・番号が同じ)に加入している方全員分を記入</p> <p>△</p> <p>【例】受診者と同じ国民健康保険に妻・子が加入している場合 → 妻・子2人の情報を記入</p> <p>3. 後期高齢者医療広域連合に加入…同じ後期高齢者医療広域連合に加入している方全員分を記入</p> <p>△</p> <p>【例】受診者の妻が同じ後期高齢者広域連合に加入している場合 → 妻の情報を記入</p>															
個人番号 (マイナンバー)																	
世帯員氏名																	
個人番号 (マイナンバー)																	
世帯員氏名																	
個人番号 (マイナンバー)																	

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(支店名)	所在地(市町村名)	指定医療機関の変更 (※更新、変更の場合)
	〇〇病院	指定難病の治療で利用する 医療機関名を記入 ※最大10カ所まで登録可	〇〇市
××クリニック		〇〇市	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除
△△薬局 〇〇店		〇〇市	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除
□□薬局 〇〇店		△△町	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除
訪問看護ステーション 〇〇〇〇		△△町	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除
<p>※更新、変更申請 の場合は、現在交付 されている受給者証 へ追加・削除を希望 する医療機関のみ記 載</p> <p>※沖縄県が指定する医療機関・薬局・訪問看護ステーションで、指定難病及びそれに付随する治療や 診察等で利用する予定の指定医療機関を記入してください。 ※こちらに記入し、申請をした医療機関等が受給者証に記載されます。 ※申請をしていない医療機関等を受診した場合は、助成の対象とはなりません。 ※利用する医療機関等の追加・変更がある場合は、事前に保健所への届出が必要です。 ※登録できる医療機関等は、医療機関・薬局・訪問看護ステーションをあわせて最大10カ所まで</p>			

ここから下の欄は記入しないでください。

所得確認書類	<input type="checkbox"/> 市町村民税所得(非)課税証明書 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯受給証明書 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 統合宛名システム、住基ネット <input type="checkbox"/> その他()		
受給者(患者又はそ の保護者)の収入	右の合計額	<input type="checkbox"/> 80万円より大 <input type="checkbox"/> 80万円以下	特児 手当等 円
所得区分	生保・低I・	円	円
自己負担上限額特例	<input type="checkbox"/> 按分あり <input type="checkbox"/> 人	円	<input type="checkbox"/> 境界層措置
社会活動	就労・就学・家事労働・在宅療養・入院・入所・その他()		
日常生活	正常・やや不自由・部分介助・全介助		
情報連携関係	◆情報照会日(月 日) ◆照会結果確認日(月 日) ◆照会結果:市町村民税の課税 有り → 所得割額合計(円)又は均等割のみ課税 無し → 所得金額(円) 公的年金収入額(円)		
備考			

※記入不要