

受給者番号					

**特定医療費支給認定申請書（新規・変更）**

**奈良県知事 殿** 年 月 日  
**次のとおり特定医療費の支給を申請します。**

<b>受診者</b>	<b>氏名</b>	フリガナ	<b>年齢</b>	<b>歳</b>	<b>生年月日</b>		
	<b>個人番号</b>						
	<b>住所</b>	フリガナ 〒 奈良県					
	<b>電話</b>	<b>自宅</b>		<b>携帯</b>			
	<b>加入医療保険</b>	<b>保険種別</b>	協会健保・健保組合・共済・国保・国保退職・後期高齢・国保組合・その他・生保				
		<b>受診者との続柄</b>	家族・本人（保険種別が国保・国保組合の場合又は本人が被保険者の場合）				
<b>被保険者証の記号・番号</b>		<b>記号</b>		<b>番号</b>			
<b>被保険者氏名</b>							
<b>被保険者番号</b>							
<b>被保険者証発行機関名</b>							

<b>受給者証等の送付先</b> <small>（受診者以外への送付を希望する場合は、「その他」に☑し、希望の送付先を記入）</small>	<input type="checkbox"/> <b>受診者</b> <input type="checkbox"/> <b>その他</b> （次に記入してください。）				
	<b>送付先氏名</b>	フリガナ	<b>受診者との関係</b>		
	<b>送付先住所</b>	〒			

<b>申請者</b>	<b>申請者区分</b> （該当に☑）	<input type="checkbox"/> <b>受診者</b> ※申請者は原則受診者です。申請者欄の記載は不要です。 <input type="checkbox"/> <b>保護者</b> ※受診者が18歳未満の場合は、保護者が申請者となります。 <input type="checkbox"/> <b>その他</b> ※別途、委任状等の提出が必要です。			
	<b>氏名</b>	フリガナ	<b>電話</b>		
	<b>個人番号※</b>		←※申請者が保護者の場合のみ記入してください。		
	<b>住所</b>	フリガナ 〒			

<b>疾病名</b>		同一人物が他の疾患で特定医療費助成又は小児慢性特定疾病医療費助成を受けている場合は、その受給者番号を記載してください。（ ）
------------	--	--

<b>特例</b> （該当の場合 ☑）	<input type="checkbox"/> <b>人工呼吸器等装着</b>	<input type="checkbox"/> <b>軽症高額該当</b>	<input type="checkbox"/> <b>高額かつ長期</b> （高額難病治療継続者）
------------------------	--	--	---

受診者と同じ世帯内に、他に特定医療受給者はいませんか（申請中の方を含む。）。	いない・いる（氏名 <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 1em;"></span> ）	受給者番号（ <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 1em;"></span> ）
受診者と同じ世帯内に、他に小児慢性特定医療受給者はいませんか（申請中の方を含む。）。	いない・いる（氏名 <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 1em;"></span> ）	受給者番号（ <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 1em;"></span> ）

<b>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</b>	年 月 日	<b>【左記の欄が申請日から1か月以上前の年月日となる場合、該当する理由に☑】</b> <input type="checkbox"/> 臨床調査個人票の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 症状の悪化により、申請書類の準備や提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> 大規模災害に被災したことにより、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他	<b>保健所受付印</b>	
				整理欄

**【裏面にもご記入ください。】**

受診を希望する指定医療機関（訪問看護事業所及び薬局を含む。）	
医療機関等 （医療機関・訪問看護事業所・調剤薬局名）	所在地

世帯調査						
<input type="checkbox"/> 住民票上の世帯全員について記載してください。 <input checked="" type="checkbox"/> 住民票が別でも同じ医療保険に加入している方が他にいる場合は、その方も記載してください。 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者の方も記載してください。						
世帯員氏名	生年月日	受診者との続柄	住民票が別の場合に○	受診者と同じ保険の加入者に○	加入医療保険種別と被保険者・被扶養者の別	
1	年 月 日	受診者本人			協会健保・健保組合・共済・国保・国保退職・後期高齢・国保組合・その他・生保 被保険者 ・ 被扶養者	
個人番号						
2	年 月 日	父・母・兄弟・姉・妹 祖父・祖母 その他（ ）			協会健保・健保組合・共済・国保・国保退職・後期高齢・国保組合・その他・生保 被保険者 ・ 被扶養者	
個人番号						
3	年 月 日	父・母・兄弟・姉・妹 祖父・祖母 その他（ ）			協会健保・健保組合・共済・国保・国保退職・後期高齢・国保組合・その他・生保 被保険者 ・ 被扶養者	
個人番号						
4	年 月 日	父・母・兄弟・姉・妹 祖父・祖母 その他（ ）			協会健保・健保組合・共済・国保・国保退職・後期高齢・国保組合・その他・生保 被保険者 ・ 被扶養者	
個人番号						
5	年 月 日	父・母・兄弟・姉・妹 祖父・祖母 その他（ ）			協会健保・健保組合・共済・国保・国保退職・後期高齢・国保組合・その他・生保 被保険者 ・ 被扶養者	
個人番号						
6	年 月 日	父・母・兄弟・姉・妹 祖父・祖母 その他（ ）			協会健保・健保組合・共済・国保・国保退職・後期高齢・国保組合・その他・生保 被保険者 ・ 被扶養者	
個人番号						
7	年 月 日	父・母・兄弟・姉・妹 祖父・祖母 その他（ ）			協会健保・健保組合・共済・国保・国保退職・後期高齢・国保組合・その他・生保 被保険者 ・ 被扶養者	
個人番号						

指定難病の医療費助成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欄	
厚生労働大臣 殿	年 月 日
<p>私は、「指定難病の医療費助成・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」を読み、指定難病の医療費助成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。</p>	
住所	患者署名
<p>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、以下に署名してください。</p>	
	代理人署名