

申請書記載例

(表)

受給者番号					

新規申請の場合は記載不要です。

日中つながる番号を記入してください。

特定医療費支給認定申請書 (新規・変更)

奈良県知事 殿

令和 6年 12月 2日

次のとおり特定医療費の支給を申請します。

氏名	フリガナ	ナラ タロウ		年齢	52歳		生年月日	昭和 47年 10月 1日	
	氏名	奈良 太郎							
個人番号	9 9 9 9 - 9 9 9 9 - 9 9 9 9								
住所	フリガナ	ナラケン ナラシ ノボリオジチョウ							
	住所	〒 123-4567 奈良県 奈良市 登大路町 000番地							
電話	自宅	0742-00-0000			携帯	090-0000-0000			
	加入医療保険	保険種別	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)						
加入医療保険	受診者との続柄	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)							
	記号・番号	記号	●●	番号	123456789				
	被保険者氏名	奈良 太郎							
	保険者番号	1234567							
	保険者	●●●							

受診者の加入医療保険についてご記入ください。

【保険種別】

- ・国保：市町村国民健康保険
- ・国保組合：国民健康保険組合
- ・後期高齢：後期高齢者医療広域連合

※受診者の加入医療保険が確認できる書類に記載されている「記号・番号」「被保険者名」「保険者番号」「保険者」を記入してください。

受給者証の送付先を記載してください。(受診者の場合は、送付先氏名等の記載は不要です。)

※受診者の住所以外への送付を希望する場合は、「その他」をし、希望の送付先を記入してください。

受診者が18歳以上の場合、原則、「申請者=受診者」です。

臨床調査個人票(診断書)に記載された疾病名を記入してください。複数ある場合は全ての疾病名を記入してください。

各種特例については、「指定難病特定医療費助成制度申請の手引き」をご覧ください。

医療保険上の同一世帯内に他に指定難病特定医療の受給者もしくは、小児慢性特定疾病の受給者がいる場合は、「○」を記入の上、氏名・受給者番号を必ず記載ください。※受給者証のコピーを添付してください。

「特定医療費の支給を開始することが適切と考えられる年月日」については、「指定難病特定医療費助成制度申請の手引き」をご覧ください。

受給者証等の送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 受診者 <input type="checkbox"/> その他(次に記入してください。)
送付先氏名	フリガナ 受診者との関係
送付先住所	〒

申請者区分(該当に <input checked="" type="checkbox"/>)	<input checked="" type="checkbox"/> 受診者 ※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"/> 保護者 ※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"/> その他 ※別途、委任状等の提出が必要です。
氏名	フリガナ 電話
個人番号※	←※申請者が保護者の場合のみ記入してください。
住所	フリガナ 〒

疾病名	パーキンソン病、潰瘍性大腸炎
-----	----------------

特例(該当の場合 <input checked="" type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着 <input checked="" type="checkbox"/> 軽症高額該当 <input type="checkbox"/> 高額かつ長期(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すか(申請中の方を含む。)	いない・いる(氏名) 受給者番号()
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すか(申請中の方を含む。)	いない・いる(氏名 奈良 次郎) 受給者番号(1111111)

特定医療費の支給を開始することが適切と考えられる年月日	令和 6年 12月 2日	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> 臨床調査個人票の受領に時間を要したため 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 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	保健所受付印
			整理欄
			その他なし

【裏面にもご記入ください。】

申請書記載例

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

●●●病院

奈良県奈良市●●●町●●●一●

臨床調査個人票（診断書）を記載した医療機関をご記入ください。薬局や訪問看護ステーションは記載不要です。

世帯調書

- 住民票上の世帯全
- ※住民票が別でも
- 生活保護受給者の

住民票上の世帯全員（受給者本人含む）について記載してください。

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
奈良 太郎	昭和 47年 10月 1日	受診者本人		<input checked="" type="radio"/>	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
奈良 花子	昭和 50年 12月 2日	妻		<input type="radio"/>	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 被扶養者
奈良 次郎	昭和 49年 5月 3日	弟		<input type="radio"/>	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 被扶養者
奈良 不比等	平成 8年 6月 4日	子		<input type="radio"/>	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 被扶養者
奈良 ななか	平成 11年 3月 13日	子の妻		<input type="radio"/>	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 被扶養者
					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
					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 被扶養者

それぞれの世帯員の加入医療保険種別、被保険者・被扶養者の別について○をつけてください。

※加入医療保険が国民健康保険（国保）、後期高齢者医療（後期高齢）の方は世帯員本人が被保険者となります。

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

令和 6年 12月 2日

私は、「指定難病の医療費助成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。

住所 奈良市 登大路町 000番地

患者署名 奈良 太郎

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。

代理人署名

別添「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」をお読みください。同意する場合は記名してください。同意しない場合でも、認定にかかる審査において不利になることはありません。