

【1】
令和6年 更新

お手持ちの受給者証右上の受給者番号をご記入ください。

受給者番号

9 5 9 9 9 9

特

奈良県知事 殿
下記のとおり特定医療費の支給を申請しま

記載例

令和6年 月 日

受診者	フリガナ			生年月日			
	氏名	奈良 太郎		43 歳	大正 昭和 平成 令和 56年 4月 1日		
	住所	〒	6 3 0 - 8 5 0 1				
		フリガナ	ナラシ ノボリオオジ				
	電話	自宅	0742-00-0000		携帯	090-000-0000	
	加入医療保険	保健種別	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				
受診者との続柄		本人 ・ 家族					
被保険者証の記号・番号		●●●●●●					
被保険者（組合員）氏名		奈良 太郎					
被保険者番号		●●●●●●					
被保険者証発行機関名		●●●●●●					
受給者証等の送付先 (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)	<input type="checkbox"/> 受診者	その他（下記に記入してください）		受診者との関係			
送付先	受診者以外へ受給者証等の送付を希望する場合は、送付先を記入してください。						
簡易書留での送付希望	<input type="checkbox"/> ← 簡易書留での送付を希望する場合にチェック☑ (350円分の切手の提出が必要です)						
申請者 (保護者※)	申請者区分 (該当に☑)	<input type="checkbox"/> 受診者 ※申請者は原則受診者です。 <input type="checkbox"/> 保護者 ※受診者が18歳未満の場合は、原則、申請者=受診者です。 <input type="checkbox"/> その他 ※別途、委任状等の提出					
	フリガナ	受診者との関係					
	氏名	各種特例については、更新申請の手引き P4~5 をご覧ください。					
住所・連絡先	複数の疾患で認定を受けている方は、すべての疾病名をご記入ください。						
疾病名							
特例 (該当の場合☑)	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着	<input type="checkbox"/> 軽症高額	<input type="checkbox"/> 高額かつ長期				
受診者と同じ医療保険上の世帯内に、他に 特定医療費受給者 受診者 小児慢	2種類以上の病院がある場合は、1つ目の疾病の臨床調査個人票を作成した医療機関名		同じ世帯内に受給者がいる場合は記入した上で受給者証のコピーの提出が必要です。				
臨床調査個人票を記載した医療機関名			所在地	保健所受付印			
厚生労働大臣 殿	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ご説明						
私には、「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創薬の研究開発に利用されることに同意します。	更新申請の手引き8ページの＜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ご説明＞をお読みいただき、同意いただけ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。)						
令和 年 月 日	患者署名				整理欄		
	(代理人署名)				その他なし		

世帯員調書

○住民票上の世帯全員について記載してください。

※住民票が別でも同じ医療保険に加入し

入してください。

※マイナンバーを用いた情報照会について

①マイナンバーを用いた情報照会を希

記載例

以降となる可能性があります。

②市町村民税未申告の方は、階層区分(自己負担上限額)を「上位所得/3万円」として受給者証を発行します。

世帯員氏名	生年月日	年齢	受診者との続柄	住民票が別の場合○	加入医療保険種別と被保険者・被扶養者の別
1 (フリガナ)ナラ タロウ 奈良 太郎	T・S・H・R 56・4・1	43歳	受診者 本人		国保・国保組合・後期高齢 協会健保・健保組合・共済・ 生保・その他() 〔被保険者・被扶養者〕
① マイナンバーによる添付書類の省略を希望 →手引き P6~7 参照					
② 令和6年1月1日時点で住民票のあった市区町村名()					
③ ④					
2 (フリガナ)ナラ ハナコ 奈良 花	T・S・H・R 58・5・1	41歳	妻		〔被保険者・被扶養者〕
④					
令和6年1月1日時点で住民票のあった市区町村名()					
⑤					
⑥					
⑦					
⑧					
⑨					
⑩					
⑪					
⑫					
⑬					
⑭					
⑮					
⑯					
⑰					
⑱					
⑲					
⑳					
㉑					
㉒					
㉓					
㉔					
㉕					
㉖					
㉗					
㉘					
㉙					
㉚					
㉛					
㉜					
㉝					
㉞					
㉟					
㊱					
㊲					
㊳					
㊴					
㊵					
㊶					
㊷					
㊸					
㊹					
㊺					
㊻					
㊼					
㊽					
㊾					
㊿					

該当する加入医療保険と、被保険者・被扶養者の別に「○」を記入してください。

世帯分離している等、受給者と同じ医療保険に加入しているが、住民票が異なる場合に「○」を記入してください。

マイナンバーによる情報照会により課税証明書の提出を省略する場合は、次の4点を記入してください。

マイナンバーによる省略申請を希望されない方は①~④の記載は不要です。

- ① マイナンバーを用いた情報照会により、添付書類の省略を希望される方は「マイナンバーによる添付書類の省略を希望」に
- ② 省略希望される書類に
- ③ (非)課税証明書の提出が必要な方全員の、令和6年1月1日時点で住民票のある居住市町村名
- ④ (非)課税証明書の提出が必要な方全員の個人番号(マイナンバー)

※「(非)課税証明書の提出が必要な方」を確認したい場合は、更新申請の手引き3ページをご参照ください。

○同一保険世帯で非課税の場合、受給者本人の年金等収入(R5.1月~12月)について、該当する内容にチェックをしてください。

<input type="checkbox"/> 障害年金(基礎・厚生・共済)を受給している。
<input type="checkbox"/> 寡婦年金を受給している。
<input type="checkbox"/> 遺族年金(基礎・厚生・共済)を受給している。
<input type="checkbox"/> 特別障害者手当、障害児福祉手当、経過福祉手当、特別児童扶養手当を受給している。
<input type="checkbox"/> 特別障害給付金、障害を事由として支給される労災による年金または一時金を受給している。

R5.1月~12月の期間で上記の収入がある場合は、「年金等振込通知書の写し」または「振込先通帳の振込部分の写し」と「表紙を開いた氏名・口座番号等記載面の写し」を添付してください。

※チェックがない場合は、上記の年金をいずれも受給していないものとします。