

【1】
令和7年 更新

受給者番号

記載例

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す。

令和7年 月 日

受診者	フリガナ	ナラ タロウ		年齢	生年月日		
	氏名	奈良 太郎		44 歳	大正 昭和 平成 令和 56年 6月 1日		
	住所	〒 6 3 0 - 8 5 0 1					
		フリガナ 奈良県 奈良市 登大路長	日中繋がる番号を記入してください。				
	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				
記号・番号		記号	●●	番号	●●●●		
被保険者（組合員）氏名							
被保険者番号							
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）		☐ 受診者	☐ その他	送付先が受診者の場合は、「☐受診者」にチェックをしてください。 送付先情報は記載不要です。 「申請者欄」にお進みください。			
		送付先氏名			受診者との関係		
		送付先住所	〒				
簡易書留での送付希望		☐ ← 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☑）	☐ 受診者 ※申請者は原則受診者 ☐ 保護者 ※受診者が18歳未満 ☐ その他 ※別途、委任状等の提出が必要					
	フリガナ			申請者と受診者が同じ場合は、「☐受診者」にチェックをしてください。 氏名・住所の記載は不要です。			
	氏名			受診者との関係			
	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。		TEL				
特例 （該当の場合☑）		☐ 特例該当	☐ 人工呼吸器等装着	☐ 軽症高額	☐ 高額かつ長期		
受診者と同じ医療保険上の世帯内に、他に特定医療受給者はいますか		☐ いない・ ☐ いる（氏名）		受給者番号（）			
受診者と同じ医療保険上の世帯内に、他に小児慢性特定医療受給者はいますか		☐ いない		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 （提出が必要です。）			
臨床調査個人票を記載した指定医療機関名		所在地		保健所受付印			
指定難病の医療費助成における臨床調査個人票情報							
厚生労働大臣 殿							
私は、「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」について、①厚生労働省のデータベースに登録される創業の研究開発に利用されることに同意します。							
令和 年 月 日							
患者署名							
更新申請の手引き9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。）							
（代理人署名）							
その他なし							

○世帯全員について記載して
※受診者と加入医療保険が別の
※住民票が別でも同じ医療保険

記載例

の方も記入してください。

※マイナンバーを用いた情報照会について(手引き P9~P10 参照)
①マイナンバーを用いた情報照会を希望する場合、受給者証の発行が R8.1 月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Ⅱ(下田)」で受給者証を発行します。

1	世帯員氏名	生年月日	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。										加入医療保険種別と被保険者・被扶養者の別							
	(フリガナ)ナラ タロウ 奈良 太郎	T・S・H・R 56・4・1											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 P7~8 参照	省略希望書類 ② ☑住民票 ☑(非)課税証明書 ☐生活保護受給証明書	令和 7 年 1 月 1 日時点で住民票のあった市区町村名	③																
		マイナンバー	0	1	2	3	-	4	5	7	7	-	8	0	1					
2	(フリガナ)ナラ ハナコ 奈良 花子	T・S・H・R 58・5・1	42歳	妻		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	類 令和 7 年 1 月 1 日時点で住民票のあった市区町村名	書 マイナンバー	1	2	3	4	-	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。											
	(ふりがな)	T・S・H・R				生保・その他() 〔被保険者・被扶養者〕														
	マイナンバーによる情報照会により課税証明書等の提出を省略する場合は、次の①~④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☑																		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〕		
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 7 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。																				
5	☐マイナンバーによる 添付書類の省略を希望 →手引き P7~8 参照	省略希望書類 ☐住民票 ☐(非)課税証明書 ☐生活保護受給証明書	令和	同一保険世帯で非課税の場合、受給者本人の年金等 収入がある場合は必ずチェックをしてください。										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〕						
		マイナンバー																		

○以下について、該当する内容にチェックをしてください。

【同一保険世帯で非課税の場合】

☐ 受給者本人が右表の年金収入等(R6.1~12)を受給しています。
※該当する年金等について、右表にチェックをしてください。

R6.1 月~12 月に右表の収入がある場合は、「年金等振込通知書」または「通帳の振込部分」と「通帳の氏名・口座番号等記載面」の写しを添付してください。

下記の年金等収入がある

☐ 障害年金(基礎・厚生・共済)

☐ 寡婦年金

☐ 遺族年金(基礎・厚生・共済)

☐ 特別障害者手当、障害児福祉手当、
経過的福祉手当、特別児童扶養手当

☐ 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

☐ 【上位所得】 世帯の所得を証明する書類を提出しないため、上位所得区分となることを了承します。

☐ 【低所得Ⅱ】 障害年金等及び特別扶養手当等の収入を証明する書類を提出しないため、低所得Ⅱ区分となることを了承します。