

申請書記載例

受給者番号						
9	9	9	9	9	9	9

特定医療費支給認定申請書 (新規・変更)

奈良県知事 殿

令和〇年 〇〇月 〇〇日

下記のとおり特定医療費の支給を申請します。

新規申請の場合は記載不要です。

受診者	氏名	フリガナ ナラ タロウ 奈良 太郎	年齢	50 歳	生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和 35 10 1 年 月 日
	個人番号	9 9 9 9 - 9 9 9 9 - 9 9 9 9				
	住所	〒 6 3 0 - 8 5 0 1 フリガナ ナラシノボリオオジチョウ 奈良県 奈良市登大路町30番地				
	電話	自宅 0742-00-0000	携帯	090-0000-0000		
加入医療保険	被保険者氏名	奈良 花子	受診者との続柄	本人 ・ 家族		
	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	被保険者証の記号・番号	111111-111		
	被保険者証発行機関名	全国健康保険協会 奈良支部	保険者番号	123456		

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

受給者証等の送付先	<input type="checkbox"/> 受診者 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (下記に記入してください。)
送付先氏名	フリガナ ナラ ジロウ 奈良 次郎
送付先住所	〒630-0000 奈良市登大路町0000番地
受診者との関係	長男

受給者証の送付先を記載してください。

受診者が18歳以上の場合、原則、申請者=受診者です。

申請者区分 (該当に)	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者 ※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

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。

疾病名	潰瘍性大腸炎、全身性エリテマトーデス	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。
特例 (該当の場合)	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着 <input type="checkbox"/> 軽症高額該当 <input type="checkbox"/> 高額かつ長期 (高額難病治療継続者)	

各特例については、パンフレットをご覧ください。

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。)	<input type="checkbox"/> いない ・ <input checked="" type="checkbox"/> 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。)	<input type="checkbox"/> いない ・ <input checked="" type="checkbox"/> いる (氏名 奈良 三郎) 受給者番号 (555555)

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、必ずご記入ください。

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。)

①当該疾病について、治療等を受ける指定医療機関を記載してください。
②臨床調査個人票に記載した指定医療機関を必ず記載してください。
③利用する調剤薬局を記載してください。
④訪問看護事業所を利用する場合は、別に訪問看護利用届の提出が必要です。

指定医療機関等	所在地	保健所受付印
〇〇病院	奈良市〇〇町△△-□	
上欄には、「臨床調査個人票」に記載した医療機関の名称を1か所記載してください。	上欄には、「臨床調査個人票」に記載した医療機関の所在地を記載してください。	整理欄 その他なし

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。

厚生労働大臣 殿

私は、指定難病の研究を推進するため、提出した診断書 (臨床調査個人票) を厚生労働科学研究において、個人情報保護のもと疾病基礎資料として使用されることに同意します。

令和〇年 〇〇月 〇〇日 申請者氏名 奈良 太郎

別添「臨床調査個人票の研究利用に関するご説明」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。

【裏面の世帯調書にもご記入ください。】

(裏面)

受診を希望する指定医療機関等について、表面の枠が足りない場合は、下記にお書きください。

指定医療機関等 (医療機関・訪問看護事業所・調剤薬局名)	所在地

世帯調書 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。

○住民票上の世帯全員について
 ※住民票が別でも同じ医療保険に加入している方が世帯員に属している場合は、この欄に記載してください。
 ○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○	加入医療保険種別と被保険 者・被扶養者の別
奈良 太郎	M・T・S・H・R 35. 10. 1	患者本人		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 9 9 9 9 - 9 9 9 9 -	9 9 9 9			
	M・T・S・H・R 38. 11. 1	配偶者		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・被扶養者
個人番号 8 8 8 8 - 8 8 8 8 -	8 8 8 8			
	M・T・S・H・R .			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 - - - - - - - - -				
	M・T・S・H・R .			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 - - - - - - - - -				
	M・T・S・H・R .			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 - - - - - - - - -				
	M・T・S・H・R .			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 - - - - - - - - -				

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。