

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)

新規申請の場合は記載不要です。

奈良県知事 殿

令和〇年 〇月 〇日

次のとおり特定医療費の支給を申請します。

|             |      |                                                              |        |               |               |
|-------------|------|--------------------------------------------------------------|--------|---------------|---------------|
| 受<br>診<br>者 | 氏 名  | フリガナ<br>ナラ タロウ                                               | 年<br>齢 | 50 歳          | 生 年 月 日       |
|             | 個人番号 | 9 9 9 9 - 9 9 9 9 - 9 9 9 9                                  |        |               | 昭和 48 年 1月 1日 |
|             | 住 所  | 〒 6 3 0 - 8 5 0 1<br>フリガナ<br>ナラシノボリオオジチョウ<br>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 |               |

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。

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。

各特例については、パンフレットをご覧ください。

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、必ずご記入ください。  
※受給者証のコピーを添付してください。

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。

|        |            |                                       |             |            |
|--------|------------|---------------------------------------|-------------|------------|
| 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         |
|        | 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     |

|                                                                            |                                                                                   |         |    |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------|----|
| 受給者証等の送付先                                                                  | <input type="checkbox"/> 受診者 <input checked="" type="checkbox"/> その他（次に記入してください。） |         |    |
| （受診者以外への送付を希望する場合は、「その他」に <input checked="" type="checkbox"/> し、希望の送付先を記入） | 送付先氏名<br>フリガナ<br>ナラ ジロウ<br>奈良 次郎                                                  | 受診者との関係 | 長男 |
|                                                                            | 送付先住所<br>〒 639-0000<br>奈良市登大路町0000番地                                              |         |    |

|             |                                                     |                                                                                                                                                                                   |
|-------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 申<br>請<br>者 | 申請者区分<br>（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。<br><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。<br><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<br>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                                                 | 〒<br>フリガナ                                                                                                                                                                         |

|                                                     |                                                                                                              |                                                             |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 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<br>（該当の場合 <input checked="" type="checkbox"/> ） | <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） |                                                             |

|                                                                                                  |                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| 受診者が受給者でない理由により、↓の日が申請日から1ヶ月を超える（最大3ヶ月まで）場合は、該当する理由に <input checked="" type="checkbox"/> してください。 | 受給者番号（ ）<br>※受給者証の写しの提出が必要です。 |
|                                                                                                  | 受給者番号（ 0000000 ）              |

|                             |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |        |
|-----------------------------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 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 | 令和〇年△月□日 | 【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"/> してください。<br><input checked="" type="checkbox"/> 臨床調査個人票の受領に時間を要したため<br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> その他 | 保健所受付印 |
| 整理欄                         |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | その他    |

パンフレットP5「医療費助成の対象及び認定期間」をご参照の上、支給開始日と判断できる日をご記載ください。

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研究の

令和〇年

〇月

〇日

申請者氏名

奈良 太郎

【裏面の世帯調書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<br>(医療機関・訪問看護事業所・調剤薬局名)  | 所在地        |
| 〇〇病院                           | 奈良市〇〇町△△番地 |

臨床調査個人票（診断書）を記載した医療機関を1つご記入ください。

|                                                                                                 |       |   |   |   |   |   |   |   |   |      |            |         |      |           |  |                                       |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|------|------------|---------|------|-----------|--|---------------------------------------|---|
| 世帯調書                                                                                            |       |   |   |   |   |   |   |   |   |      |            |         |      |           |  |                                       |   |
| ○住民票上の世帯全員について記載してください。<br>※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。<br>○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                  |   |
| 1                                                                                               | 奈良 太郎 |   |   |   |   |   |   |   |   |      | S48. 1 . 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 |   |
|                                                                                                 | 個人番号  | 9 | 9 | 9 | 9 | - | 9 | 9 | 9 | 9    | -          | 9       |      |           |  | 9                                     | 9 |
| 2                                                                                               |       |   |   |   |   |   |   |   |   |      |            |         |      |           |  | 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 |   |
|                                                                                                 | 個人番号  |   |   |   |   | - |   |   |   |      | -          |         |      |           |  |                                       |   |
| 3                                                                                               |       |   |   |   |   |   |   |   |   |      |            |         |      |           |  | 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 |   |
|                                                                                                 | 個人番号  |   |   |   |   | - |   |   |   |      | -          |         |      |           |  |                                       |   |
| 4                                                                                               |       |   |   |   |   |   |   |   |   |      |            |         |      |           |  | 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 |   |
|                                                                                                 | 個人番号  |   |   |   |   | - |   |   |   |      | -          |         |      |           |  |                                       |   |
| 5                                                                                               |       |   |   |   |   |   |   |   |   |      |            |         |      |           |  | 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 |   |
|                                                                                                 | 個人番号  |   |   |   |   | - |   |   |   |      | -          |         |      |           |  |                                       |   |
| 6                                                                                               |       |   |   |   |   |   |   |   |   |      |            |         |      |           |  | 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 |   |
|                                                                                                 | 個人番号  |   |   |   |   | - |   |   |   |      | -          |         |      |           |  |                                       |   |
| 7                                                                                               |       |   |   |   |   |   |   |   |   |      |            |         |      |           |  | 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 |   |
|                                                                                                 | 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。