

申請書記載例

【1-1】

公費負担者番号										令和5年 更新										受給者番号									
5	4	2	9	6	0					1	1	1	1	1															
特定医療費支給認定申請書（更新）																													
奈良県知事 殿 下記のとおり特定医療費の支給を受けることとします。										令和5年 月																			
フリガナ		ナラ								年齢		生年月日																	
氏名		奈良 太郎								男・女		明治 大正 昭和 平成																	
個人番号		1								〇〇 歳		〇〇年 〇月 〇																	
住所		〒 奈良								申請に関して問い合わせることがありますので、 日中つながりやすい番号をご記入ください。																			
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		111111-1															
		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		1234-567															
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。）																											
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		フリガナ ナラ ハナコ 奈良 花子								受診者との関係		配偶者															
		送付先住所		〒 123 - 4567 奈良市〇〇町1-2																									
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		<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。																									
		（該当に <input checked="" type="checkbox"/> ）		<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。																									
		フリガナ																											
氏名		家族 ・ その他																											
個人番号		合のみ記入してください。																											
住所																													
疾病名		（例）潰瘍性大腸炎、パーキンソン病																											
特例 ①～③の特例について、あてはまる方にチェック☑ ※各特例の詳細は更新申請のご案内をご確認ください。		① 人工呼吸器等装着		人工呼吸器等を								<input type="checkbox"/> 該当している <input type="checkbox"/> 該当していない																	
		② 軽症高額		医療費総額 33,331円以上の月が12ヶ月以内に3ヶ月以上ある								<input type="checkbox"/> 該当している <input type="checkbox"/> 該当していない																	
		③ 高額かつ長期（高額難病治療継続者）		医療費総額 50,001円以上の月が12ヶ月以内に6ヶ月以上ある								<input type="checkbox"/> 該当している <input type="checkbox"/> 該当していない																	
受診者と同じ世帯内に、他に特定医療受給者はいますか		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		いない ・ いる（氏名 奈良 鹿子 ） 受給者番号（ 0123456 ）																											
指定医療機関等		所在地								保健所受付時																			
〇〇〇病院		橿原市〇〇町1-2																											
↑ 受給者証に記載されている疾病の「臨床調査個人票」を記載した医療機関名・所在地を記載してください。																													
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所において、個人情報保護のもと疾病研究の基礎資料として使用されることに同意します。																													
令和5年 △ 月 △ 日		申請者氏名 奈良 太郎																											
		整理欄																											
		その他																											
		軽談当【有 / 無確認 / 重】																											

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：〇〇県後期高齢者医療広域連合

受診者以外への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。

簡易書留での受給者証送付を希望する場合はチェックを入れてください。
（「簡易書留切手貼付用紙」に350円分を貼付して提出してください。）

複数の疾病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。

①～③の特例の該当有無について、あてはまる□にチェックを記入してください。

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。

「指定難病受給者証更新申請の手引き」の「臨床調査個人票の研究利用に関するご説明」をお読みいただき、同意いただける場合は署名してください。（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。）

今回提出する「臨床調査個人票」を記載した医療機関名・所在地を1箇所記入してください。