

# 申請書記載例

【1-1】

公費負担者番号	5 4 2 9 6 0	令和5年 更新	受給者番号	1 1 1 1 1	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。	
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になります。						
受診者	フリガナ	ナラ	年齢	生年月日	受診者の加入医療保険について記入ください。	
	氏名	奈良 太郎	○○歳	明治 大正 昭和 平成 ○○年 ○月 ○日	【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 ・後期高齢者：○○県後期高齢者 医療広域連合	
	個人番号	1	年齢	生年月日		
	住所	〒 奈良	○○歳	明治 大正 昭和 平成 ○○年 ○月 ○日		
	電話	自宅 0742-00-0000	携帯 090-0000-0000	受給者との続柄	本人 家族	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。
	加入医療保険	被保険者氏名 奈良 花子	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	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。）						
<small>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</small>						
<small>送付先氏名 フリガナ ナラ ハナコ 奈良 花子</small>						
<small>受診者との関係 配偶者</small>						
<small>送付先住所 〒 123-4567 奈良市○○町1-2</small>						
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）						
<small>申請者区分 (該当に☑) 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。 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。 その他 ※別途、委任状等の提出が必要です。</small>						
<small>受診者が18歳以上の場合は、原則、申請者＝受診者です。 (送付先のみ受診者以外を希望する場合は、上欄の「受給者証等の送付先」)に送付先を記入してください。)</small>						
<small>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。</small>						
<small>疾 病 名 (例) 潰瘍性大腸炎、パーキンソン病</small>						
<small>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。</small>						
<small>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 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 ③ 高額かつ長期 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 <input type="checkbox"/> 該当していない <input type="checkbox"/> 該当している <input type="checkbox"/> 該当していない</small>						
<small>受診者と同じ世帯内に、他に特定医療受給者はいますか ない・いる (氏名) 受給者番号 ( ) ※受給者証の写しの提出が必要です。</small>						
<small>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 ない・いる (氏名) 奈良 鹿子 受給者番号 ( 0123456 )</small>						
<small>指 定 医 療 機 関 等 所 在 地 保健所受付 ○○○病院 橿原市○○町1-2</small>						
<small>↑受給者証に記載されている疾病的「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。</small>						
<small>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。</small>						
<small>令和5年 △月 △日 申請者氏名 奈良 太郎</small>						
<small>整理欄 軽該当【 有 / 無確認 / 重】</small>						

「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。