

受給者番号  
(※1)

特定医療費（指定難病）支給認定申請書 **新規**・更新・変更 (※2)

受診者	フリガナ	ミエ ハナコ		生年月日	年齢
	氏名	三重 花子		平成 ▲▲年▲▲月▲▲日	▲▲ 歳
	個人番号	▲ ▲ ▲ ▲ ▲ ▲ ▲ ▲ ▲ ▲		電話 (自宅)	▲▲▲-▲▲▲-▲▲▲▲
				電話 (携帯)	▲▲▲-▲▲▲-▲▲▲▲
	住所	〒▲▲▲▲-▲▲▲▲▲ 三重県〇〇市〇〇町〇〇番地		元号 (昭和、平成、令和、S、H、Rなど)、西暦いずれの表記でも可	裏面「保険種別」を参考に〇印
	被保険者証発行機関名	全国健康保険協会 〇〇支部			
	被保険者証の記号・番号	▲▲▲▲ ▲▲▲			1国保 2国組 3高齢 4被用者(本人) 5被用者(家族)
	フリガナ	ミエ タロウ		加入医療保険	保険種別
	被保険者氏名 (本人以外の場合に記入)	三重 太郎		受診者の健康保険証を見て記入	6生保 7その他 ( )
	受診者氏名 (本人以外の場合に記入)			加入医療保険	
受診者住所 (※4)	受診者が18歳未満の場合に記入		加入医療保険		
受診者との関係	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 ( )		加入医療保険		
病名	筋萎縮性側索硬化症		加入医療保険		
自己負担上限額の特例 (該当するものに☑)	<input checked="" type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着		加入医療保険		
受診を希望する指定医療機関 (※5)	名称	所在地			
	〇〇〇〇病院	〇〇市〇〇町〇〇番地			
	△△薬局	〇〇市〇〇町△△番地			
	指定難病の治療等で受診を希望する指定医療機関 (病院、診療所、薬局、訪問看護事業者等) について1か所以上記入してください。難病法に基づき指定された指定医療機関であれば、受給者証に記載されていない医療機関でも受給者証が使用できます。				
	病院・診療所・薬局・訪問看護事業者等				
私は、上記のとおり、特定医療費の支給を申請します。	受診者氏名を記入 受診者が18歳未満の場合は保護者氏名を記入		受付欄		
申請者 (受診者) 氏名	受診者氏名を記入 受診者が18歳未満の場合は保護者氏名を記入				
申請者 (受診者) 氏名	受診者氏名を記入 受診者が18歳未満の場合は保護者氏名を記入				

臨床調査個人票の研究等への利用についての同意をされる方は、別添「研究利用に関するご説明」をご確認いただき、以下に署名をお願いします。

私は、指定難病の研究を推進するため、提出した臨床調査個人票が、別添「研究利用に関するご説明」のとおり、指定難病の治療研究等、指定難病に係る研究及び政策を立案するための基礎資料として利用されることを同意します。

別添「臨床調査個人票の研究利用に関するご説明」をご確認いただき、研究等利用にご同意いただける場合、受診者氏名を記入してください。受診者が18歳未満の場合は保護者氏名を記入

※1 更新・変更の方のみ記入をしてください。  
 ※2 新規・更新・変更のいずれかに○をしてください。  
 ※3 受診者が18歳未満の場合に記入をしてください。  
 ※4 受診者本人と異なる場合に記入をしてください。  
 ※5 指定医療機関は各県等のホームページでご確認いただくか、各保健所または医療機関へお尋ねください。  
 ※6 申請者氏名は、受診者本人か保護者 (受診者が18歳未満の場合) の氏名を記入をしてください。

裏面も記載してください

(裏面)

○世帯調書 (受診者本人も記載してください。)

住民票上の世帯全員について記載してください。住民票が別でも、受診者と同じ医療保険に加入している方が他にいる場合にはその方も記入してください。

※7 個人番号は、患者本人と同じ医療保険に加入している被保険者の方のみ記入してください。

※8 年末調整や確定申告をした方も申告「有」に該当します。なお、申告が必要なのは世帯員のうち課税証明書の提出が必要な方(個人番号を提出することにより課税証明書を省略できる方を含む)です。

※9 記入する住所所在地…新規申請：1月から6月の申請—前年の1月1日在住の市区町村  
7月から12月の申請—当年の1月1日在住の市区町村  
更新申請：当年の1月1日在住の市区町村

世帯員氏名 個人番号(※7)	受診者との続柄	年齢	医療保険の種別 (該当するものに○)	市町村 民税の 申告 (※8)	受給資格の有無		1月1日現在の 住所所在地(※9) (現住所と異なる 場合のみ記入)	保健所使用欄 課税年額
					特定 医療費	小児慢性 特定疾病		
受診者本人		▲▲	国保・国組・高齢 被(本人)・被(家族) 生保	有・無		有・無	都道府県 市区町村	※保健所使用欄のため記入しないでください。
三重 太郎	夫	▲▲	国保・国組・高齢 被(本人)・被(家族) 生保	有・無	有・無	有・無	都道府県 市区町村	
▲▲▲▲▲▲ ▲▲▲▲▲▲ ▲▲▲▲▲▲ ▲▲▲▲▲▲								
三重 一郎 被保険者ではないため記入不要	長男	▲▲	国保・国組・高齢 被(本人)・被(家族) 生保	有・無	有・無	有・無	都道府県 市区町村	
三重 次郎 被保険者ではないため記入不要	次男	▲▲	国保・国組・高齢 被(本人)・被(家族) 生保	有・無	有・無	有・無	都道府県 市区町村	
三重 月子 受診者本人と加入保険が異なるため記入不要	母	▲▲	国保・国組・高齢 被(本人)・被(家族) 生保	有・無	有・無	有・無	都道府県 市区町村	
<p>・個人番号の記入は、患者本人と同じ医療保険に加入している被保険者の方のみとなります。</p> <p>・患者本人が、「国保」「国組」「高齢」「生保」の場合は、患者と同じ医療保険に加入している方全員の個人番号を記入してください。</p> <p>・患者本人が、「被用者」保険に加入している場合は、被保険者の方のみ個人番号を記入してください。</p>								合計課税年額
								決定階層

○非課税収入申告書

受診者(受診者が18歳未満の場合は、保護者のうち最も収入が多い方)の収入金額について記入してください。なお、下の表に記入されているもの以外の収入(例)老齢年金、恩給)については記入する必要はありません。

下記の収入の有無	有(以下、該当するものに○印を付してください) ・ 無	収入金額(※10)
1 年金	障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、寡婦年金、障害年金	年額 ▲▲▲,▲▲▲ 円
2 手当金	福祉手当、障害手当金、特別児童扶養手当、障害児福祉手当、特別障害者手当	年額 0 円
3 その他	障害一時金、特別障害給付金、労災・公務災害による障害補償給付等、障害給付、障害補償、障害による特別年金給付	年額 0 円

※10 記入する収入金額…新規申請：1月から6月の申請—前々年(1月から12月まで)の収入金額  
7月から12月の申請—前年(1月から12月まで)の収入金額  
更新申請：前年(1月から12月まで)の収入金額を記載してください。

該当がない場合は「0円」と記入

受診者住所以外の宛先に受給者証の送付を希望される場合は、下記にご記入ください

住所 〒 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 受診者との続柄 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

- 【保健種別】**
- 1 国保……………国民健康保険
  - 2 国組……………国民健康保険組合
  - 3 高齢……………三重県後期高齢者医療広域連合
  - 4 被用者(本人) ……組管掌健康保険(〇〇健康保険組合)、全国健康保険協会管掌健康保険(全国健康保険協会 〇〇支部)、船員保険、国家公務員共済組合、地方職員共済組合、私立学校教職員共済組合 等
  - 5 被用者(家族) ……上記4の被用者(本人)の被扶養者
  - 6 生保……………生活保護