

特定医療費（指定難病）支給認定申請書

申請区分	新規・更新・変更	受給者番号 (新規は記入不要)							
受診者	フリガナ	ヤマガタ タロウ							
	氏名	山形 太郎		生年月日	昭和26年 1月 1日 (74) 歳				
	個人番号	123456789000		和暦で記入してください					
	住所	(郵便番号 990-8570) 山形市松波2-8-1		(電話番号 023-611-1111) (日中連絡が取れる電話番号 090-0000-0000)					
	加入している医療保険	保険種別 全国健康保険協会・健康保険組合・共済組合・国民健康保険・国民健康保険組合・ 後期高齢者医療広域連合・生活保護・その他 ()		記号・番号・枝番	1234567 00 01		保険者の名称	全国健康保険協会山形支部	
病名		パーキンソン病							
受診を希望する指定医療機関 (病院・診療所、調剤薬局、訪問看護事業所)		医療機関名 山形病院 【臨床個人調査票を記載した医療機関】		山形市松波1111番地					
【要確認】 該当する項目にチェックを記入	☒	受診者（受診者が18歳未満の場合は保護者）が難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第8条各号に掲げる給付（障害年金、遺族年金等）を受けている。							
	☐	受診者の小児慢性特定疾病医療費の支給認定の有無		☐ 有（受給者番号) ☐ 無（申請中の場合は病名)					
	☐	人工呼吸器		該当する事項がある場合は、チェックを記入してください。 も満たす者 装置を継続して常時装着する必要がある者 鼻・顔マスクを介した人工呼吸器 (2) 体外式補助人工心臓 著しく制限されている者					
	☒	高額かつ長期		月ごとの医療費総額が5万円を超える月が1年間に6回以上ある者					
	☐	軽症高額該当		症状が軽症で、月ごとの医療費総額が33,330円を超える月が1年間に3回以上ある者					
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7年 6月 15日		左欄の年月日が申請日から1箇月前の日より前の年月日である理由がある場合はチェックを記入する。 ☐ 臨床調査個人票の受領に時間を要したため ☐ 症状の悪化等により、申請書提出が遅れたこと ☐ 大規模災害に被災したこと ☐ その他 ()					
特定医療費の支給認定を受けたので、難病の患者に対する医療等に関する法律第		令和 7 年 7 月 15日【記入日】							
山形県知事 殿		申請者（受診者又はその保護者） 申請者の氏名と住所を記入してください。住所 山形市松波2-8-1 氏名 山形 太郎							
手続等を委任する場合		私は、この申請に係る書類の提出及び受領に関する権限並びに個人番号（行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に定める個人番号をいう。）を提供する権限を次の者に委任します。 申請者（受診者又はその保護者）氏名 山形 太郎							
受任者		住所（郵便番号 997 - 1392 ）（電話番号 0235 - 22 - 2222 ） 三川町大字横山字袖東19-1 氏名 山形 花子（受診者との続柄 長女 ）							

備考 1 「申請」
2 特定医
1 箇月前
始することが適当と考えられる年月日」については、申請日にかかわらず、臨床調査個人票に記載された診断年月日等、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を記載すること。

受診者本人ではなく、受任者への書類送付を希望する場合、記入してください。

() 又は申請日の医療費の支給を開始すること。

県記入欄	A生保	B1低I	B2低II	C1一般I	C2一般II	D上位	一次判定	一次審査		二次審査	
	人工呼吸器等装着							適	否	適	否
	公的年金等収入額(A)		合計所得金額(B)		障害年金等の額(C)		(A)+(B)+(C)		本人確認者	☐	適
							☐	軽症高額			
							☐	要審査			
						☐ 書類添付なし					

※受診者と同じ医療保険に加入している御家族について記入してください。

氏名及び個人番号	受診者 との 続柄	職業又は 就学の状 況等	生年 月日	特定医療費（指定難病）又は小児慢性 特定疾病医療費の支給認定の有無
ヤマガタ タロウ 山形 太郎	本人		昭和26年 1月1日	
ヤマガタ ヨシコ 山形 良子	妻	無職	昭和30年 2月2日	有（ 特定医療費 ・小児慢性特定疾病医療費） （受給者番号： 6543210 ） 申請中（病名： パーキンソン病 ）
ヤマガタ イチロウ 山形 一郎	長男	会社員	昭和60年 3月3日	有（特定医療費・小児慢性特定疾病医療費） （受給者番号 無（申請中の場合は病名
個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 2				
個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3				
フリガナをご記入ください。			年 月 日	有（特定医療費・小児慢性特定疾病医療費） （受給者番号 無（申請中の場合は病名
個人番号				
個人番号				
個人番号				
個人番号				
個人番号				
個人番号				
個人番号				
フリガナ				受診者との続柄
氏 名				
個 人 番 号				
住 所 （受診者と同じ場合は記入不要）	（郵便番号） （電話番号） （日中連絡が取れる電話番号）			

備考 1 受診者と同一の世帯に属すること。

受診者が18歳未満の場合、保護者欄をご記入ください。

2 「特定医療費又は小児慢性特定疾病医療費の支給認定の有無」の欄については、該当するものを○で囲むこと。また、「有」を○で囲んだ場合には、認定を受けている医療費を○で囲むとともに当該医療費に係る受給者番号を記入すること。「無」を○で囲んだ場合で申請中の場合は病名を記入すること。

DV・虐待等の被害及びそのおそれにより避難している場合は、情報連携における不開示設定等を希望することで、所在地に繋がる情報を秘匿することができます。希望する場合には、右欄にチェックを記入してください。	☐ 秘匿を希望する
---	---

希望される場合はチェックを記入してください。