

特定医療費（指定難病）支給認定申請書

新規申請記入例

申請区分	新規 ・ 更新 ・ 変更	受給者番号 (新規は記入不要)	0	1	2	3	4	5	6
受診者	フリガナ	ヤマガタ タロウ	性別	男 ・ 女		生年月日	昭和27年1月1日 (67)歳		
	氏名	山形 太郎							
	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 0 0	個人番号をご記入ください						
	住所	(郵便番号 990-8570) 山形市松波 2-8-1	(電話番号 023-630-2333) 連絡が取れる電話番号 090-XXXX-XXXX						
加入している医療保険	被保険者証等の種別	全国健康保険協会・健康保険組合・共済組合 後期高齢者医療広域連合・生活保護・その他	国民健康保険	提出書類の確認をさせていただくことがあるため、日中連絡が取れる電話番号も記入してください					
被保険者証等の記号及び番号	山 01-23	保険者の名称	山形市						
受診者の保護者 (受診者が18歳未満の場合に記入すること)	フリガナ							受診者との続柄	
	氏名								
	個人番号								
住所	(郵便番号)						受診者が18歳未満の方は保護者欄の記載が必要です		
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	〇〇病院 □□薬局 △△訪問看護ステーション		所	山形市〇〇 山形市□□ 山形市△△				
自己負担上限額に関する事項	①	受診者(受診者が18歳未満の場合は保護者)の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)の受給の有無						☑有 ・ □無	
	②	(①で「有」にレ印を付けた場合に記入すること) ①の給付の合計額						□80万円を超える ☑80万円以下 ←	
	③	受診者及び受診者と同じ医療保険に加入している者の特定医療費(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						裏面のとおりに	
	④	寡婦(夫)控除のみなし適用の要件該当の有無 □有(対象者名) ・ ☑無							
	⑤	☐ 人工呼吸器等装着	次の1及び2のいずれも満たす者 1 次の生命維持管理装置を継続して常時装着する必要がある者 (1) 気管切開口又は鼻・顔マスクを介した人工呼吸器 (2) 体外式補助人工心臓 2 日常生活動作が著しく制限されている者						
	⑥	☐ 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						
	⑦	☑ 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						
特定医療費の支給認定を受けたいので、難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項の規定により、(記号)を申請します。	令和〇年 7月 10日	申請者(受診者又はその保護者)		住所 山形市松波 2-8-1 氏名 山形 太郎					
山形県知事 殿	委任する場合の受給者証の送付先は受任者の氏名、住所になります。		自署以外の場合は押印してください		山形 (記名押印又は署名)				
申請手続等を委任する場合	私に、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。	受任者 氏名	(受診者との続柄)						
		住所 (郵便番号)			申請者(受診者又はその保護者)				
		電話番号			氏名 (記名押印又は署名)				

備考 1 該当する項目の□にレ印を記入すること。
2 「申請区分」、「性別」及び「被保険者等の種別」については該当するものを○で囲むこと。

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 ・ 高額かつ長期 ・ 軽症高額 ・ 多群 ・ 同一世帯 ・ みなし寡婦	適	適	適
	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	否	否
	☐書類添付なし	☐ 軽症高額		
		☐ 要審査		

世帯について

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(受診者本人にあっては、小児慢性特定疾病医療費)の支給認定の有無
山形 太郎	本人	無職	昭和20年1月1日	有(受給者番号) 無(申請中の場合は病名)
備考をよくお読みいただき世帯員についてご記入ください				
山形 花子	妻	無職	昭和22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 0234567) 無(申請中の場合は病名)
個人番号 0 1 0 1 0 1 0 1 0 1 0 1				
ご記入いただいた世帯員の個人番号の記入をお願いします。 また、個人番号の確認が必要となりますので、提出書類の詳細については、「指定難病の医療費助成制度」のリーフレットをご確認ください。				
個人番号			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)
和暦でご記入ください				
個人番号			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			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			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			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)

- 備考 1. 受診者と同一の世帯に属する者のうち、当該受診者と同じ医療保険に加入している者を全て記入すること。
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。

別添の「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、同意される場合にはご署名くださるようお願いいたします。

【臨床調査個人票の研究利用について】

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「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、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「臨床調査個人票の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。

令和元 年 7 月 10 日

受診者又は保護者 氏名 山形 太郎 山形 (記名押印又は署名)

厚生労働大臣 殿

自署以外の場合は押印してください