

特定医療費（指定難病）支給認定申請書（新規・更新・変更）（※1）

受診者	フリガナ		年 齢	生 年 月 日	
	氏 名		歳	年 月 日	
	個人番号				
	住 所	〒		電 話	- -
	加入医療保険	フリガナ			受診者との続柄
被保険者氏名					
保 険 種 別		国保・退職・国組・協会 組合・共済・その他・後期		被保険者証の 記号・番号	
被 保 険 者 証 発 行 機 関 名					
病 名					
自己負担上限額 の特例 (該当するものに ☑)	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着	<input type="checkbox"/>	高額かつ長期	
	<input type="checkbox"/>	軽症者特例			
今回申請する受診者と同じ世帯内にいる指定難病又は小児慢性特定疾病の 医療費助成を受けている者又は申請中の者			有（氏名 () ・ 無 受給者番号 ()		
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	年 月 日	【左記の欄が申請日から1か月以上前の年月日となっている理由】 <input type="checkbox"/> 医療意見書の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 症状の悪化により、申請書類の準備や提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> 大規模災害に被災したことにより、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他 [()] ※支給開始日は、指定医が「疾病の状態の程度」を満たしていると診断した日 (ただし遡り期間は原則申請日から1ヶ月前まで(やむを得ない理由により申請が 行えなかった場合は最長3か月前まで)と同じ日まで遡ることが可能 ※更新の場合は、原則記入不要。			
私は、上記のとおり、特定医療費の支給を申請します。					
申請者 氏 名			受診者との続柄 ()		
(※2) 住 所			<input type="checkbox"/> 受給者証や各種通知類等の送付を裏面の住所に希望します。		
(※2) 電話番号	-	-	原則として、難病法に係る医療給付の申請者になれるのは①患者本人 ②保護者（患者本人が18歳未満の場合における親権者や未成年後見 人など）に限られます。 受給者証などの送付先を別に希望される場合は、上記口にチェックを 入れて裏面の記入欄に記入してください。		
	年 月 日	山梨県知事 殿			

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」をご確認頂き、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。

申請者氏名

年 月 日 厚生労働大臣 殿

※1 新規・更新・変更のいずれかに○をする。

※2 受診者本人の場合は省略可能

裏面に続く

(裏面)

支給認定基準世帯員 (受診者と同じ医療 保険に加入する者)	フリガナ		生年 月日	年	月	日	受診者との 続柄	
	世帯員氏名							
	個人番号							
	フリガナ		生年 月日	年	月	日	受診者との 続柄	
	世帯員氏名							
	個人番号							
	フリガナ		生年 月日	年	月	日	受診者との 続柄	
	世帯員氏名							
	個人番号							
	フリガナ		生年 月日	年	月	日	受診者との 続柄	
	世帯員氏名							
	個人番号							
	フリガナ		生年 月日	年	月	日	受診者との 続柄	
	世帯員氏名							
	個人番号							
	フリガナ		生年 月日	年	月	日	受診者との 続柄	
	世帯員氏名							
	個人番号							
フリガナ		生年 月日	年	月	日	受診者との 続柄		
世帯員氏名								
個人番号								

(指定)医療機関 (訪問看護事業者等 を含む)	医療機関名	所在地

※表面の申請者の住所以外を希望する場合のみ記載してください。

受給者証等 の住所送付 を希望する	フリガナ		受診者との 続柄	
	氏名			
	住所	〒		
	日中連絡がとれる連絡先			

※ 保健所確認欄

番号確認	身元確認	代理権確認
------	------	-------