

特定医療費（指定難病）支給認定申請書

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	生年月日		昭和27年1月1日				
	氏名	山形 太郎	R6年10月31日現在		(68)歳				
	個人番号	*****							
	住所	(郵便番号 990-8570)				(電話番号 023-630-2330) (日中連絡が取れる電話番号)			
加入医療保険の種類	被保険者証等の種別	国民健康保険	全国健康保険協会	保険者の名称	山形市 全国健康保険協会 山形支部				
	訂正は二重線でお願いします。	山01-23-	2345678 00 01	枝番も記入してください。					
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)	氏名	*****			受診者との続柄		*****		
	個人番号	*****							
	住所	(郵便番号 *****)				(電話番号) (日中連絡が取れる電話番号)			
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			所					
	〇〇病院			山形市〇〇					
	臨床調査個人票を記載した難病指定医療機関を記入してください。			「80万円以下」にレ印を付けた方で、市町村民税所得課税証明書を提出した方全員が非課税の場合は、公的機関発行書類（写し）を添付してください。					
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)			
	④	□ 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						
	⑤	□ 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						
	⑥	□ 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6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、 令和 6年 7月 15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	書類等を受診者以外に送付する場合は記入してください。								
申請手続等を委任する場合	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							

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」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			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					

0 1 2 3 4 5 6
(72-1) (97) (69)

〒990-8570
山形市松波 2-8-1

山形 太郎 様

同じ保険に加入しているご家族について記入してください。

世帯について（受診者と同一の医療保険に加入している者）

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
山形 太郎	本人	無職	昭和27年1月1日	
山形 松子	妻	無職	T・ <input checked="" type="radio"/> ・H・R 30年 2月 2日	<input checked="" type="radio"/> （特定医療費・小児慢性特定疾病医療費） （受給者番号 9876543） 無（申請中の場合は病名）
個人番号				
山形 一郎	長男	自営	T・ <input checked="" type="radio"/> ・H・R 60年 1月 30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				
			T・S・H・R 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				
			T・S・H・R 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				
			T・S・H・R 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				
			T・S・H・R 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				

マイナンバーを一度提出いただいた方は不要です。

支給認定の有無と受給者番号を記入してください。

備考 1 受診者と同一の世帯に属する者のうち、当該受診者と同一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○で囲んだ場合にのみ、当該医療費に係る受給者番号を記入すること。「無」は記入不要です。

別紙「指定難病の医療費助成・登録者証の申請における臨床調査個人票情報の研究等への利用についての同意書」をご確認ください。同意いただける場合は、別紙に署名しご提出ください。

【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ご説明をご確認いただき、以下に署名してください。

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、別紙「臨床調査個人票の研究利用に関するご説明」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。

年 月 日

受診者又は保護者 氏名