

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
		本人		年 月 日	
				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）
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。

【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「提出に関するご説明」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、提出に関するご説明のとおり、指定難病の治療研究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

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。