

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		生年 月	昭和27年1月1日 (70)歳								
	氏名	山形 太郎		和暦で記入してください。									
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	9	8
	住所	山形市松波2-8-1		個人番号を記入してください。									
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・国民健康保険組合									
	被保険者証等の記号及び番号	記号	番号	枝番	枝番も記入してください。								
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		山形市〇〇病院 山形市××薬局 山形市△△訪問看護		住所		「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 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 人工	「診断年月日」又は「申請日(保健所で書類を受理した日)の1箇月前の日」のいずれか遅い日。 ※詳細は下記備考3を参照。						□有(受給者番号 ) □無(申請中の場合は病名 )				
	⑤	<input type="checkbox"/> 高額	月額が5万円を超える月が1年間に6回以上ある者						□有(受給者番号 ) □無(申請中の場合は病名 )				
	⑥	<input type="checkbox"/> 軽症	1年間の医療費総額が33,330円を超える月が1年間に3回以上ある者						□有(受給者番号 ) □無(申請中の場合は病名 )				
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5年10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 □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、申請書類の準備や提出に時間を要したため □大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出が遅れたため □その他( )										
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	令和5年11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										
申請手続等を委任する場合	委任する場合は、受給者証等の書類は受任者あてに送付されます。		申請者(受診者又はその保護者)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										

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。  
 3 特定医療費の支給開始日は、指定医が重症度分類を満たしている日と診断した日(軽症高額該当の場合は、軽症高額の基準を満たした日の翌日)又は申請日の1箇月前(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箇月前)の日のいずれか遅い日まで遡ることが可能であるので、「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」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。

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	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	<input type="checkbox"/>	適		
		<input type="checkbox"/>	軽症高額		
		<input type="checkbox"/>	要審査		
		<input type="checkbox"/> 書類添付なし			

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 花子	妻	無職	昭和30年 2月2日	○(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 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 1 2				
	山形 一郎	長男	自営	昭和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 ) ○(申請中の場合は病名 )
	個人番号 9 8 7 6 5 4 3 2 1 9 8 7				
		ご家族の支給認定の有無と受給者番号を記入してください。			特定医療費・小児慢性特定疾病医療費) (受給者番号 ) 申請中の場合は病名 )
	個人番号			年	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 )
				月 日	
	個人番号				
			年	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 )	
			月 日		
個人番号					
			年	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 )	
			月 日		
個人番号					
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				
	氏名			受診者との続柄	
	個人番号			受診者が18歳未満の方は保護者欄の記載が必要です。	
	住所 (受診者と同じ場合は記入不要)	(郵便番号 )	(電話番号 )	(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。

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。

利用に関

【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「臨床調査個人票の研究等への利用に関するご説明」をご確認いただき、以下に署名

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、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 5年 11月 15日

受診者又は保護者 氏名 山形 太郎

厚生労働大臣 殿