

特定医療費（指定難病）支給認定申請書

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								生年 月日	年 月 日  ( ) 歳		
	氏名											
	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 )						
	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・国民健康保険・国民健康保険組合・後期高齢者医療広域連合・生活保護・その他 ( )							
		被保険者証等の記号及び番号				保険者の名称						
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 (受診者と同じ場合は記入不要)		(郵便番号 )			(電話番号 ) (日中連絡が取れる電話番号 )						
病名												
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					所在地					
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3回以上ある者								
<p>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、上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者（受診者又はその保護者）</p> <p style="text-align: center;">住所 _____</p> <p style="text-align: center;">氏名 _____</p> <p>山形県知事 殿</p>												
申請手続等を委任する場合		<p>私は、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。</p> <p>受任者 氏名 _____ (受診者との続柄 _____ )</p> <p>住所 (郵便番号 _____ ) 申請者 (受診者又はその保護者)</p> <p>電話番号 _____ 氏名 _____</p>										

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						

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	
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）
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。

年 月 日

受診者又は保護者 氏名 \_\_\_\_\_

厚生労働大臣 殿