

特定医療費（指定難病）支給認定申請書

下記のいずれかに○をしてください。

新規 ・ 更新 ・ 変更

センター受付印欄

受 診 者	受給者番号（※1）		個人番号（マイナンバー）			
	病名等 〔複数の場合は 括弧内に記入〕	告示番号：	病名：			
	フリガナ				年齢	生年月日
	氏名				歳	大・昭・平・令 年 月 日
	住民票上の 住所 〔送付先が 異なる場合は 括弧内に記入〕	〒（ — ） 石川県		電話番号（ — — ）		
加入 医療保険	保険 種別	国保・国組・後期・社保本人・社保家族		記号・番号 (被保険者番号)		
	被保険者証 発行機関名			保険者番号		
保護者 〔受診者が18歳未満 の場合のみ記入〕	フリガナ				受診者との 関係(続柄)	
	氏名					
※下記の者を優先的に 記入してください。	個人番号					
国保 加入している世帯主 社保 受診者が加入している 医療保険の被保険者	住所 (受診者本人の住所と 異なる場合のみ記入)	〒（ — ）		電話番号（ — — ）		
自己負担上限額等に係る特例（該当するものに☑をしてください。）						
<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着		<input type="checkbox"/> 高額かつ長期（高額難病治療継続者）		<input type="checkbox"/> 軽症者特例（軽症かつ高額）		
受診者本人と同一の支給認定世帯に属する者かつ 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（又は申請中の）者			有（ 名 ） ・ 無			
			※ 有の場合は、該当者の受給者証（又は申請書）の写しを添付した上で 支給認定基準世帯員の一覧（裏面）にも必ず記入してください。			
受診者本人（又は保護者）の障害年金・遺族年金・ 特別児童扶養手当などの受給 （市町村民税非課税世帯の方のみ記入）			有 ・ 無			
			※ 有の場合は、金額が確認できるものを添付してください。 添付がない場合、正しく本人年取の確認ができないため、B2（低所得Ⅱ）の階層区分になります。			
石川県知事 殿						
私は、上記のとおり、特定医療費の支給を申請します。						
令和 年 月 日 申請者氏名 _____ (受診者又は保護者又は法定代理人)						

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」をご確認いただき、以下に署名をお願いします。

厚生労働大臣 殿

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。

令和 年 月 日 受診者氏名 _____

申請者氏名 _____ (※2)
(保護者又は法定代理人)

※1 受給者番号については、更新又は変更の場合のみ記入してください。

※2 受診者が未成年又は成年被後見人等の理由により、受診者に代わって申請者が同意する場合に記入。

● 裏面も必ず記入してください。

支給認定基準世帯員（受診者と同一の医療保険に加入している者）

※ 世帯の範囲を確認するために必要ですので、受診者と同一の医療保険に加入している者を同居・別居を問わず全員記入してください。

支給認定世帯に属する者		受診者との関係(続柄)	医療保険の種別	(社会保険の場合のみ記入)	指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成受給の有無(※3)
受診者名		本人	国保/国組 ・ 後期高齢 ・ 社会保険	被保険者 ・ 被扶養者	有 小慢(受給者番号) ・ 無
1	フリガナ 氏名 生年月日 年 月 日 個人番号(※4) 住所(※5)			被保険者 ・ 被扶養者	有 1 難病(受給者番号) 2 小慢(受給者番号) ・ 無
2	フリガナ 氏名 生年月日 年 月 日 個人番号(※4) 住所(※5)			被保険者 ・ 被扶養者	有 1 難病(受給者番号) 2 小慢(受給者番号) ・ 無
3	フリガナ 氏名 生年月日 年 月 日 個人番号(※4) 住所(※5)			被保険者 ・ 被扶養者	有 1 難病(受給者番号) 2 小慢(受給者番号) ・ 無
4	フリガナ 氏名 生年月日 年 月 日 個人番号(※4) 住所(※5)			被保険者 ・ 被扶養者	有 1 難病(受給者番号) 2 小慢(受給者番号) ・ 無

受診を希望する指定医療機関（薬局・訪問看護事業所を含む。）

※ 難病の患者に対する医療等に関する法律（難病法）に基づく指定医療機関を記入してください。（最大5件）

指定医療機関名	所在地	指定医療機関名	所在地
		当欄に記入した以外の医療機関であっても、当該機関が 難病法に基づく指定医療機関であれば 医療費助成を受けることができます。	

提出者が受診者又は保護者と異なる場合	氏名 住所 TEL (— —)	受診者との関係(続柄)	※ センター押印欄			
			受 付 者	身元確認	番号確認	代理権確認

※3 指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成受給が「有」の者については、当該者の受給者証の写しを添付すること。
 ※4 国民健康保険又は国民健康保険組合の場合は受診者と同じ記号・番号の医療保険に加入している者、後期高齢者医療保険の場合は受診者と同じ住民票上で後期高齢者医療保険に加入している者について個人番号を記入し、当該全員と受診者の保険証の写しを添付すること。社会保険の場合は被保険者についてのみ個人番号を記入し、被保険者と受診者の保険証の写しを添付すること。
 ※5 支給認定基準世帯員の住所については、受診者本人の住所と異なる場合のみ記入してください。