

1234567

〒 920 金沢市 石川 太郎 様 406 駅西 C2

★記載内容に変更等があれば赤字で訂正してください

石川 太郎 様

406 駅西 C2

センター受付印欄

「臨床調査個人票の研究利用についての同意」について

厚生労働省では、指定難病に関する創薬の研究開発や政策立案等に活用するため、本申請書に添付された診断書（臨床調査個人票）をデータベースに登録し、厚生労働省の研究機関等に提供され、指定難病に関する研究等に活用される場合があります。別紙同意書に指定都市へ提出してください。詳しくは添付の同意書をご確認ください。

今回送付された住所・宛名から送付先を変更する場合は記入

省略不可  
更新時もマイナンバー記入ください

|   |                               |  |  |  |                   |           |  |  |  |
|---|-------------------------------|--|--|--|-------------------|-----------|--|--|--|
| 受診者／要支援者  | 受給者番号                         | 1234567                                      | 個人番号（マイナンバー）   |  |                   |           |  |  |  |
|   | フリガナ                          | イカ 知   | 年齢   | 52   | 生年月日              | S47.4.1   |  |  |  |
|   | 氏名                            | 石川 太郎  | 電話番号   | 076-225-1448   |                   |           |  |  |  |
|   | 住民票上の住所<br>(受給者証等の送付先を括弧内に記入) | 〒 ( 920-8580 ) 石川県 金沢市 鞍月1-1                 |  | 電話番号 ( 076-225-1448 )  |                   |           |  |  |  |
| 病名等   | 6：パーキンソン                      |  | 国民健康保険…国保、国民健康保険組合…国組、後期高齢者…後期全国健康保険協会/健康保険組合/共済組合など…社保本人、社保家族 |  |                   |           |  |  |  |
| 加入医療保険  | 保険者番号                         | 00000000                                     | 保険種別   | 国保   | 記号・番号<br>(被保険者番号) | 0000-0000 |  |  |  |
|   | 被保険者証<br>発行機関名                | 01170018                                     | 00車  | 社保家族   | 0000-0000         | 0000-0000 |  |  |  |
| 保護者<br>受診者が18歳未満の場合のみ記入   | フリガナ                          |  | 受診者との<br>関係(続柄)  |  |                   |           |  |  |  |
| ※下記記入<br>国受診者<br>保加入している世帯主<br>社受診者が加入している<br>保医療保険の被保険者  | 受診者が18歳未満の場合のみ保護者を記入          | 〒 ( — )                                      | 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 checked="" type="checkbox"/> ★ 高額かつ長期 |  | <input type="checkbox"/> 軽症                                    |                   |           |  |  |  |
| 受診者本人と同一の支給認定世帯に属する者かつ<br>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 (1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・<br>特別児童扶養手当などの非課税世帯の方（もしくは不明の方）は、該当の有無を記入（例：障害年金、遺族年金、<br>（市町村民税非課税世帯）特別児童扶養手当、障害児福祉手当、特別障害者手当、特別障害給付金など） |                               | 有 ・ 無  |  |  |                   |           |  |  |  |
| 登録者証申請（※1）  |                               | 申請する   |  | 申請しない・発行済（発効自治体名： ）・備考（ ）                                      |                   |           |  |  |  |
| 石川県知事 殿<br>私は、上記のとおり、特定医療費の支給を希望の有無等を記載します。<br>希望の有無等を記載。<br>日付及び申請者氏名（受診者又は保護者又は法定代理人）を記入  |                               |  |  |  |                   |           |  |  |  |
| 令和 6年 ○月 ○日 申請者氏名 石川 太郎<br>(受診者又は保護者又は法定代理人)  |                               |  |  |  |                   |           |  |  |  |

※1「申請する」を選択した場合、障害福祉サービス等の公的サービス利用時に、当該サービスを提供する公的機関が、マイナンバーを用いた情報連携により登録者情報を確認することがある。

支給認定基準世帯員（受診者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(※2)               |
|-------------|---|-------------|---------|---------------|---|
| 受診者名        | 石川 太郎   | 本人          |         | 被保険者<br>被扶養者  | 有 小慢(受給者番号 )<br>無                           |
| 1           | フリガナ イシカワ<br>氏名 石川 一郎<br>生年月日 S・H・R 22年 7月 1日<br>個人番号(※3) 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3<br>住所(※4) 〒 | 父           |         | 被保険者<br>被扶養者  | 有 1 難病(受給者番号 0123456 )<br>2 小慢(受給者番号 )<br>無 |
| 2           | フリガナ<br>氏名  |             |         | 被保険者          | 有 1 難病(受給者番号 )<br>)<br>)                    |

受診者本人の住所と異なる場合は記入

同じ医療保険加入者の中に指定難病又は小児慢性特定疾病の受診者がいる場合は、当該者について記入

・支給認定基準世帯員※全員について、漏れなく記入

※支給認定基準世帯員は、受給者の医療保険の種別によって異なります。

「国民健康保険」・「国民健康保険組合」・「後期高齢者医療制度」  
→ 同一世帯で同じ保険に加入している方『全員』

「全国健康保険協会」・「健康保険組合」・「共済組合」等  
→ 『被保険者』のみ

・マイナンバーは省略不可です。更新時においてもご記入ください。  
(義務教育修了前の方のマイナンバーの記入は省略可能)

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10件）  
※ 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。

| 指定医療機関名       | 所在地 | 指定医療機関名 | 所在地 |
|---------------|-----|---------|-----|
| わかさホームケアクリニック |     |         |     |
| 泉コマヤ薬局        |     |         |     |

記載内容に変更があれば、赤字で訂正  
※ 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。（石川県の指定医療機関は県ホームページで公表しています。）  
※ 受給者証に印字はされませんが、情報管理のため記入をお願いします。

|                    |                         |             |  |      |
|--------------------|-------------------------|-------------|--|------|
| 提出者が受診者又は保護者と異なる場合 | 氏名<br>住所<br>TEL ( — — ) | 受診者との関係(続柄) | 申請書類の提出者が受診者又は保護者と異なる場合（ご家族の方や施設職員など）は記入 | 権利確認 |
|--------------------|-------------------------|-------------|--|------|

※2 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。  
※3 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。  
※4 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。