

特定医療費(指定難病)支給認定申請書(新規・更新・変更・転入) ※1

【変更事由：病名、医療機関、自己負担上限額、その他( )】

受診者	フリガナ		性別	年齢	生年月日	
	氏名				年 月 日	
	個人番号			歳		
	住所			電話(自宅)	— —	
				電話(携帯)	— —	
	加入医療保険	被保険者氏名			受診者との続柄	
		保険種別	① 国民健康保険、後期高齢 ③ 社会保険(協会健保、共済、健保組合など)		② 国民健康保険組合 ④ 生活保護	
被保険者証発行機関名				被保険者証の記号・番号		
受給者番号(新規の場合は記載不要)			病名			
保護者(受診者が18歳未満の場合に記入)	フリガナ			受診者との関係		
	氏名					
	個人番号					
	住所			電話(自宅)	— —	
			電話(携帯)	— —		
自己負担上限額の特例(該当するものにチェック)	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着		<input type="checkbox"/> 高額かつ長期		<input type="checkbox"/> 軽症高額該当	
今回申請する受診者と同じ世帯内にいる指定難病患者又は小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている者又は申請中の者(有無に○、有りの場合難病・小児の別、氏名・受給者番号を記入)	有	難病 (氏名 )				
	無	小児 (受給者番号 )				
受診を希望する(指定)医療機関(薬局、訪問看護事業者等を含む)	該当するものに <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 現在の受給者証に記載されている指定医療機関等に変更無し。ー以下の欄は記入不要で				
		<input type="checkbox"/> 指定医療機関等を新たに申請 → 以下の欄に記入してください。				
		医療機関名	所在地			
私は、上記のとおり、特定医療費の支給を申請します。					窓口確認欄	
申請者氏名						
年 月 日 北九州市長 様						

※1 新規・更新・変更・転入のいずれかに○をする。

(裏面)

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。

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。

受診者氏名

印 ※2

申請者氏名

印 ※2, 3

年 月 日

厚生労働大臣 様

※2 氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

※3 患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。

支給認定基準世帯員(受診者と同じ医療保険に加入する者)

世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号		生年月日	
世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号		生年月日	
世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号		生年月日	
世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号		生年月日	
世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号		生年月日	
世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号		生年月日	
世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号		生年月日	
世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号		生年月日	

今年1月1日時点で、他の市町村に住所を有していた場合の住所

前住所

--