

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											年齢	生年月日		
	氏名											歳	年 月 日		
	個人番号														
	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		
保険者名												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)		☐ 人工呼吸器等装着				☐ 高額かつ長期				☐ 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・無	難病・小児	(氏名)	(受給者番号)	
診断年月日 (臨床調査個人票最終頁に記載)※2,3	年 月 日										【左記の欄の理由が申請日から1が月以上前の年月日となっている理由】 ☐ 臨床調査個人票の受領に時間を要したため ☐ 症状等の悪化により、申請書類の準備や提出に時間を要したため ☐ 大規模災害等に被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要したため ☐ その他 				
私は、上記のとおり、特定医療費の支給を申請します。 申請者氏名 年 月 日 北九州市長 様											窓口確認欄				

※1 新規・更新・変更・転入のいずれかに○をする。

※2 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と診断した日又は軽症高額の基準を満たした日の翌日(ただし遡り期間は原則申請日から1か月前(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か月前)の同じ日)まで遡ることが可能。そのため、申請日に関わらず、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。

※3 更新の場合は、原則記入不要。

(裏面)
臨床調査個人票情報の研究等への利用についての同意をされる方は、別添「臨床調査個人票情報の研究等への利用に関する説明」をご確認いただき、以下に署名をお願いします。

私は、別添「臨床調査個人票情報の研究等への利用に関する説明」を読み、指定難病の医療費助成の申請に当たり提出した臨床調査個人票の情報が、①厚生労働省のデータベースに登録されること、②研究機関等の第三者に提供され、指定難病に関する創薬の研究開発等に利用されることに同意します。

受診者氏名

申請者氏名

※4

年 月 日

厚生労働大臣 様

※4 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