

記入例

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書兼同意書 (新規・更新・変更)※1

氏名	那覇 二郎	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 0 0	年齢	11 歳	生年月日	平成 26 年 12 月 20 日
住所	(〒 900-8585) 那覇市泉崎 1-1-1 マンションナハ 101			電話番号 (携帯)	(自宅) 090-1234-5678		
加入医療保険	保険種別	政府管掌健康保険		記号・番号	記号 11 番号 1111111		
	保険者名	全国健康保険協会沖縄支部		受診者との関係	父		
	被保険者氏名	那覇 太郎					

フリガナ	ナハ タロウ	フリガナ	那覇 太郎
氏名	那覇 太郎	氏名	那覇 太郎
住所	受診者と同じ	住所	受診者と同じ
保護者の障害年金・遺族年金等の受給の有無(※3)	無	保護者の特別扶養手当等の受給の有無(※3)	有
※年金・手当等の証明書類を提出せず、自己負担限度額の階層区分が「低所得Ⅱ」になることを了承する方のみ記入。(※3)		氏名	
自己負担限度額が低所得区分最高ランクの「低所得Ⅱ」になることを了承します。		了承する方のみ記入。	
※住民税の証明書類を提出せず、自己負担限度額の階層区分が「上位所得」になることを了承する方のみ記入。		氏名	
自己負担限度額が最高ランクの「上位所得」になることを了承します。		了承する方のみ記入。	
自己負担上限額の特例(該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着者申請 (人工呼吸器等装着者証明書添付) <input type="checkbox"/> 重症患者認定申請 (重症患者認定申告書添付) <input type="checkbox"/> 高額かつ長期 (重症患者認定申告書添付) <input type="checkbox"/> 世帯内按分特例 ( <input type="checkbox"/> 小慢 <input type="checkbox"/> 難病 )		
疾病名	ゴナドトロピン依存性思春期早発症		
受給者番号	1 2 3 4 5 6 7		

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)	※受診者は記入不要。加入医療保険が国民健康保険または国保組合の場合は加入している世帯全員、被用者保険(全国健康保険協会、健保組合、共済)は加入していない。		
世帯員氏名	受診者との続柄	生年月日	同居・別居
1 那覇 太郎	父	S50.1.1	同居・別居
2			同居・別居
3			同居・別居
4			同居・別居
5			同居・別居

小児慢性特定疾病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(※4)	令和 年 月 日	【左記の欄が申請日から1か月以上前の年月日となっている理由】 <input type="checkbox"/> 医療意見書の受領に時間を要したため
申請者氏名について 受診者が18歳未満 … 被保険者名を記入。(単身赴任等で被保険者が患者と同居していない場合、患者と同居する保護者でも可。) 受診者が18歳以上 … 受診者本人氏名を記入。		

申請者氏名 **那覇 太郎** (続柄: 父) ※受診者が18歳以上の場合には本人氏名を記入。  
令和 8 年 6 月 25 日 那覇市長 宛

裏面「小児慢性特定疾病の医療費助成の申請における医療意見書情報の研究等への利用について」をお読みの上、下記①、②について同意される方は、以下に署名をご記入下さい。  
厚生労働大臣 殿  
私は、本申請書に添付した医療意見書の情報が、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、小児慢性特定疾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。  
令和 8 年 6 月 25 日 受診者(患者)氏名 **那覇 二郎** 代理人氏名 **那覇 太郎**

※患者が未成年又は成年後見人等の理由により、本人に代わって代理人が同意する場合は、可能な限り本人にも確認したうえで、代理人氏名を記載してください。  
※1 新規・更新・変更のいずれかに○をする。 ※2 申請者は、保護者の名前を記入。保護者は、次の優先順位で決定されます。①児童が加入している医療保険の被保険者(国保は世帯赴任等により別居している場合等) ※3 受診者と同じ保険に加入している方全員が「市町(職)まで遡ることができます。遡ることができる期間は、「那覇市保健所での申請日(郵送)まで遡ることができます。遡ることができる期間は、「那覇市保健所での申請日(郵送)まで遡ることができます。遡ることができる期間は、「那覇市保健所での申請日(郵送)まで遡ることができます。遡ることができる期間は、「那覇市保健所での申請日(郵送)まで遡ることができます。注:記入内容の消滅等を防止するため、鉛筆や消せるボールペン等を使用しないこと。★裏面にも記入箇所があります。

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)※複数可	医療機関名	所在地・電話番号
	医療意見書に記載のとおり。	

裏面は記入不要です。

-----ここから下の欄には記入しないで下さい。-----

### 小児慢性特定疾病の医療費助成の申請における医療意見書情報の研究等への利用について

#### ◀ 本同意書に関する説明 ▶

小児慢性特定疾病の患者に対する良質かつ適切な医療支援の実施や小児慢性特定疾病患者であることを証明するため、当該疾病の程度が一定以上である者等に対し、申請に基づき医療費助成の実施をしています。これらの申請時に提出していただく「医療意見書」は、医療費助成の対象となるか否かの審査に用いられますが、加えて、同意をいただいた方については、記載されている情報を厚生労働省のデータベースに登録し、小児慢性特定疾病に関する創薬の研究開発や政策立案等にも活用させていただきます。本紙をお読みいただき、医療意見書の情報が、①厚生労働省のデータベースに登録されることや、②研究機関等の第三者に提供され、小児慢性特定疾病に関する創薬の研究開発等に利用されることに同意いただける場合は、上記にご署名頂き、「医療意見書」とともに、申請先の都道府県、指定都市、中核市又は児童相談所設置市(特別区を含む)へ提出ください。また、同意をいただいた後も、その同意を撤回することができます。同意書提出時に未成年だった患者の方が、成人後に撤回することも可能です。なお、同意については任意であり、同意されない場合も医療費助成の可否に影響を及ぼしません。

#### ◀ データベースに登録される情報と個人情報保護 ▶

厚生労働省のデータベースに登録される情報は、医療意見書に記載された項目です。医療意見書については、以下の URL をご参照ください。  
<https://www.shouman.jp/disease/download> 厚生労働省のデータベースは、個人情報保護に十分に配慮して構築しています。データベースに登録された情報を研究機関等の第三者に提供するに当たっては、厚生労働省の審議会における審査を行います。患者個人を識別することができない「匿名加工」を行うため、患者個人の氏名や住所等の情報は第三者に提供されません。提供された情報を活用した研究成果は公表されますが、その際にも、個人が特定される情報が掲載されることはありません。また、提供された情報を活用する企業等に対しては、情報漏洩防止のための安全管理措置等の情報の取扱いに関する義務が課されます。義務違反の場合には、厚生労働大臣による立入検査や是正命令が行われるとともに、情報の不適切利用等に対して罰則があります。臨床研究等の実施に関して協力を求める場合は、改めて、それぞれの研究者等から主治医を介して説明が行われ、皆様の同意を得ることになります。

#### ◀ データベースに登録された情報の活用方法 ▶

厚生労働省のデータベースに登録された情報は、①国や地方公共団体が、小児慢性特定疾病対策の企画立案に関する調査②大学等の研究機関が、小児慢性特定疾病児童等の良質かつ適切な医療の確保や療養生活の質の維持向上に資する研究③民間事業者等が、小児慢性特定疾病児童等の医療・福祉分野の研究開発に資する分析等を行う場合に活用されます。例えば、製薬企業等が、創薬のために、開発したい治療薬の対象患者の概要把握(重症度等の経過・治験の実行可能性等)や治験で使用する指標の検討等に活用することが想定されます。

#### ◀ 同意の撤回 ▶

同意をいただいた後も、情報の登録や、登録された情報の研究機関等の第三者への提供・利用について、同意を撤回することができます。いただきました同意の撤回書を踏まえて、厚生労働省において速やかに対応いたします。必要な手続きは、厚生労働省ホームページを確認してください。同意撤回後に、その情報が第三者に提供されることはありませんが、既に情報を提供している場合等には、その情報の削除はできませんので了承ください。なお、同意の撤回は、同意書に署名した方が代理人の場合は、原則として当該代理人の方の署名をお願いします。ただし、同意書提出時に未成年だった患者の方が、成人後に撤回する場合においては、この限りではありません。

保健所記入欄	
備考	