

<b>特定医療費（指定難病）支給認定申請書</b> (□新規 □更新 □変更(疾病変更、疾病追加、高額かつ長期、人工呼吸器、その他) □転入)										
受診者(患者)	フリガナ						性別	<input type="checkbox"/> 男	年齢	歳
	氏名							<input type="checkbox"/> 女		
	個人番号 (マイナンバー)						生年月日	<input type="checkbox"/> 大正	年 月 日	
	受給者番号 (更新、変更の場合)							<input type="checkbox"/> 昭和		
	住所	〒					電話番号	自宅		
								携帯		
	本年1月1日時点の所在地 (現住民票と異なる場合のみ記載)		都道府県			市区町村				
加入医療保険	被保険者氏名	<input type="checkbox"/> 本人(記入省略)					受診者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人		
	被保険者証 発行機関名							記号・番号	<input type="checkbox"/> その他( )	
申請者	フリガナ						受診者との関係		<input type="checkbox"/> 本人	
	氏名	<input type="checkbox"/> 本人(記入省略)						<input type="checkbox"/> 保護者( )		
	住所	〒					電話番号	<input type="checkbox"/> 代理人( )		
					<input type="checkbox"/> 同上(記入省略)					
指定難病名										
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			<input type="checkbox"/>	高額かつ長期 (高額難病治療継続者)				
	<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						<input type="checkbox"/> 有(氏名 ) <input type="checkbox"/> 無				
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	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"/> 臨床調査個人票の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 症状の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> 大規模災害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 <input type="checkbox"/> 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。 また、提出した臨床調査個人票に疑義が生じた場合、県が医療機関へ直接照会することに同意します。								保健所受理印		
申請者氏名 _____ _____ 年 月 日								沖縄県知事 殿		

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 _____	
申請者氏名 _____ (※ 受診者に代わって申請者が同意する場合に記入して下さい。)	
_____ 年 月 日	厚生労働大臣 殿

※ 裏面も必ずご記入ください。

