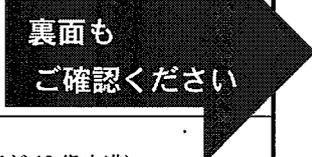


特定疾患医療受給者証等交付申請書

|   |  |   |  |  |
|---|--|---|--|--|
| 申請区分  | <input type="checkbox"/> 新規申請<br><input type="checkbox"/> 更新申請<br>(54への移行)                     |   | 疾病名(疾病番号) ( )  |  |
|   |  |   | 受給者番号 ( )<br>( <input type="checkbox"/> 他疾病による認定 [受給者番号: ( )] )  |  |
|   |  |   | 自己負担上限額の特例 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着 <input type="checkbox"/> 高額かつ長期 <input type="checkbox"/> 世帯按分 |  |
|   | <input type="checkbox"/> 変更 (自己負担上限額変更) <input type="checkbox"/> 転入 (転入日 年 月 日)                |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> 切換 ( <input type="checkbox"/> 受給者証から認定書へ <input type="checkbox"/> 認定書から受給者証へ ) |  |   |  |  |
| 患者  | ふりがな   | 個人番号(マイナンバー) (12桁)  |  |  |
|   | 氏名   |   |  |  |
|   | 生年月日   | 年 月 日 ( 歳)  | 1月1日時点で居住していた市町村   | <input type="checkbox"/> 住所と同じ<br><input type="checkbox"/> 市町村   |
|   | 住所   | (〒 - ) (電話 - - ) ※日中に繋がる電話番号を記載してください。  |  |  |
|   | 保険種別(生保併用の場合は複数チェック)   | 保険者名  |  | 記号番号   |
|   | <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 生保<br><input type="checkbox"/> 被用者(本人・家族) | <input type="checkbox"/> (市町村等の名称)  |  | (記号) 後期高齢以外  |
|   | <input type="checkbox"/> 国保組合(本人・家族)<br><input type="checkbox"/> 後期高齢 → 記号なし                   | <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会北海道支部 <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> 国民健康保険組合<br><input type="checkbox"/> 北海道後期高齢者医療広域連合 <input type="checkbox"/>  |  | (番号)   |
| 受診する医療機関等   | 医療機関名  |   | 所在地  |  |
|   | <input type="checkbox"/> 追加<br><input type="checkbox"/> 削除                                     |   |  |  |
| 申請者   | 北海道知事様<br>私は、上記のとおり、特定医療費の支給(特定疾患医療受給者証の交付)を申請します。<br>年 月 日 申請者氏名 (署名)                         |   |  |  |
|   | 個人番号(12桁)  | ※ 続柄が保護者の場合のみ記載が必要です。   |  | 続柄<br><input type="checkbox"/> 本人<br><input type="checkbox"/> 保護者(患者が18歳未満)<br><input type="checkbox"/> 代理人(裏面委任状の記載が必要です) |
|   | 住所   | (〒 - )<br>※患者と住所が異なる場合は、記載してください。   |  |  |
| 連絡先(送付先)  | 認定結果は、原則として申請者あてに連絡しますが、申請者以外の方へ連絡する必要がある場合は、次の欄に連絡先をご記入ください。※審査状況などの連絡・通知は行いません。              |   |  |  |
| ふりがな  | 住所   |   | 電話番号   | 申請者との関係  |
| 氏名  | 〒 -  |   | - -  |  |
| 保健所等記入欄   | 收受印  | 【新規申請及び更新申請の添付資料】<br><input type="checkbox"/> 臨床調査個人票 <input type="checkbox"/> 世帯調査書 <input type="checkbox"/> 世帯全員の住民票<br><input type="checkbox"/> 医療保険の資格情報が確認できる資料の写し<br><input type="checkbox"/> 市町村民税(非)課税証明書等の所得状況が確認できる書類 <input type="checkbox"/> 同意書<br><input type="checkbox"/> 世帯内に他に指定難病等又は小児慢性特定疾病の受給者がいることを証明する書類<br><input type="checkbox"/> 高額かつ長期に該当することを確認するために必要な領収書等<br><input type="checkbox"/> 人工呼吸器装着者に係る診断書 <input type="checkbox"/> 認定書 |  |  |
|   |  | 臨床調査個人票の添付資料：有 [ ]・無 [ ]<br>自己負担区分：[生保・低所得Ⅰ・低所得Ⅱ・一般所得Ⅰ・一般所得Ⅱ・上位所得]  |  |  |
|   | 消印日： 年 月 日   | 自己負担区分：[高長・人工・按分] [按分後の自己負担上限額 円]<br>審査結果記入欄： <input type="checkbox"/> 認定(重症) <input type="checkbox"/> 認定(軽症高額) <input type="checkbox"/> 非該当  |  |  |



※該当する□にチェックしてください。

※患者名及び個人番号(すでに個人番号の提出がある場合は、記載不要です。)、住所、保険種別、申請者の記入は必須です。

整理番号

**【特定疾患治療研究事業に係る医療費助成申請における臨床調査個人票の研究等への利用についての同意書】**

私は、特定疾患治療研究事業の研究を推進するため、提出した臨床調査個人票が、特定疾患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に同意します。

※ 特定疾患治療研究事業は、重症で希少な特定疾患の研究を推進するための制度であり、提出した臨床調査個人票が厚生労働科学研究において、個人情報保護のもと疾患研究の基礎資料として使用されることを確認した上で、申請してください。

保護者氏名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_

※ 患者が18歳未満の場合に、保護者の氏名を記入願います。

代理人氏名 \_\_\_\_\_

※ 申請手続きを委任している場合に、代理人氏名を記入願います。

＜同意について＞

特定疾患治療研究事業は、重症で希少な特定疾患の研究を推進するため、患者の方の治療に係る医療費の自己負担分を公費で補助する制度です。

本申請書に添付された臨床調査個人票は、厚生労働省又は北海道において、当該疾患の研究のための基礎資料として使用されますので、このことに同意された上で、特定疾患医療受給者証の交付申請を行って下さい。

また、臨床調査個人票の使用に当たっては、個人情報の保護を十分に配慮し、研究以外の目的には一切使用されることはありません。

なお、この同意は、添付された臨床調査個人票を疾患研究の基礎資料として活用することに対する同意であり、臨床調査研究分野の研究班で行われる臨床研究等の実施に関して協力を求める場合は、改めて、それぞれの研究者から主治医を介して説明が行われ、同意を得ることとされています。

代理人（患者又は保護者以外の方）が申請を行う場合は、委任状の提出が必要です。

※提出のみの代行の場合は不要です。

※代理人の方は、委任状に記載した住所・氏名を確認できる身分証明書等のコピーを同封してください。

**委任状**

北海道知事 様

年 月 日 委任者（患者又は保護者）氏名 \_\_\_\_\_（署名）

私は、次の者を代理人として、特定疾患医療受給者証等交付申請に関する権限を委任します。

代理人 氏名 \_\_\_\_\_（署名） 委任者との関係 \_\_\_\_\_

〒（ - ） 電話番号（ - - ）

住所 \_\_\_\_\_

| 申請者全員           | 本申請に関する事項について、同意しない場合、該当項目に☑   | 同意しない場合 |
|-----------------|--|---------|
| 支給認定に関する情報確認の同意 | 私は、特定疾患医療受給者証交付申請に係る自己負担上限月額の算定に必要な個人情報（世帯状況、課税状況、生活保護受給状況、国民健康保険等の医療保険加入状況、特定医療費（指定難病）の受給状況、小児慢性特定疾病医療の受給状況、年金受給情報、特別児童扶養手当受給情報等）を北海道が調査すること及び関係機関へ情報提供することに同意し、また支給認定基準世帯員の同意を得ています。 | ☐       |
| 該当者のみ           | 本申請に関する事項について、同意しない場合、該当項目に☑   | 同意しない場合 |
| 国家公務員共済組合加入者    | 国家公務員共済組合が、国家公務員共済組合法第60条の2第1項の共済組合の組合員による高額療養費の支給の請求に係る事実についての審査に関する事務を処理するために限って、必要な地方税関係情報について取得することに同意します。   | ☐       |
| 地方公務員共済組合加入者    | 地方公務員共済組合が、地方公務員等共済組合法第62条の2第1項の共済組合の組合員による高額療養費の支給の請求に係る事実についての審査に関する事務を処理するために限って、必要な地方税関係情報について取得することに同意します。  | ☐       |

○特定疾患医療受給者証をお持ちではない方が特定疾患患者認定書の交付を受けようとする場合。

（添付書類）

①臨床調査個人票（新規用） ②別に定める臨床調査個人票にて指定する資料

※認定書の交付を受けた場合、受給者証への切換申請が可能な期間は認定書の交付年月日から最初に到来する12月31日まで（10月1日から12月31日の間に交付された場合は2回目に到来する12月31日）となります。

○受給者証（認定書）の切換申請について

受給者証の交付を受けている者が生活保護を受給した場合又は認定書の交付を受けている者が生活保護の対象外となった場合、認定書の切換又は受給者証の切換が必要になった場合に行うことができます。いずれの申請にあっても受給者証又は認定書を添付して申請してください。

なお、認定書から受給者証への切換申請の場合、交付される受給者証の有効期間は、認定書の有効期間の終期までとなります。ただし、10月1日から12月31日までに切換申請があった場合は2回目に到来する12月31日までとなります。

（添付書類）

①認定書から受給者証への切換え・・・認定書を添付し、特定疾患医療受給者証等の交付申請に準ずる。ただし、臨床調査個人票については、7月1日から12月31日の間に当該申請を行う場合であって、有効期間更新申請を同時に行う場合に限り、臨床調査個人票の添付（更新用）が必要。

②受給者証から認定書への切換え・・・受給者証