

記載例		特定医療費（指定難病）支給認定申請書				(新規・更新・変更・転入) 該当するものに○(※1)		
受診者	フリガナ			年齢	生年月日	明・大・昭・平		
	氏名					歳	年 月 日	
	フリガナ				電話番号	— —		
	住所	〒						
	加入医療保険	被保険者氏名				受診者との続柄		
		保険種別 (該当するものに○)	国保()				組合・共済・生保・その他()	
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			生年月日	明・大・昭・平			
	氏名				年 月 日	受診者との関係		
	住所	〒 <input type="checkbox"/> 住所、電話番号は受診者と同じため省略(該当する場合は)						
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(※2)		<input type="checkbox"/> 高額かつ長期(※3)		<input type="checkbox"/> 軽症高額該当(※4)		
今回申請する受診者と同じ世帯内にいる指定難病もしく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等(※5)	該当するものに○	<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なし →以下の欄は記入不要です。						
		<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(欄が不足する場合は裏面に記入)。						
		指定医療機関等名称(薬局及び訪問看護事業者を含む)			所在地			
	<input type="checkbox"/> 裏面あり	<p>受診する、または受診予定の指定医療機関、薬局、訪問看護事業者を記入してください(記入していない指定医療機関等は医療費助成の対象になりません)。欄が不足する場合は、項目欄の「<input type="checkbox"/>裏面あり」にチェックし、裏面の欄に記入してください。</p> <p>※医療機関等は都道府県から難病法の指定を受けた「指定医療機関」である必要があります。指定の状況については、所在地の都道府県のホームページをご覧くださいか、医療機関等にお問い合わせください。</p>						
支給認定基準世帯員(※6) (受診者と同じ医療保険に加入する者〔同居、別居は問わず〕。受診者本人については記入不要。) →この欄に記入した方の個人番号(マイナンバー)等も別紙1「個人番号記載票」に記入してください。								
①世帯員 (フリガナ)氏名		受診者との続柄		②世帯員 (フリガナ)氏名		受診者との続柄		
③世帯員 (フリガナ)氏名		受診者との続柄		裏面の※6を参考に、支給認定基準世帯員の氏名、氏名のフリガナ、受診者との続柄を記入してください。また別紙1個人番号記載票にマイナンバー等の記入をお願いします。				
⑥世帯員 (フリガナ)氏名		受診者との続柄						
臨床調査個人票の研究利用についての同意 私は指定難病の研究を推進するため、提出した診断書(臨床調査個人票)を厚生労働科学研究において、個人情報保護のもと疾病研究の基礎資料として使用されることに同意する(詳細については裏面※7を参照)。上記のとおり、臨床調査個人票の研究利用について同意し、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 福岡県知事殿								

医療保険証の記載内容を確認の上、記入してください。

裏面の※2~4を参考に、該当するものにチェックしてください。

受診する、または受診予定の指定医療機関、薬局、訪問看護事業者を記入してください(記入していない指定医療機関等は医療費助成の対象になりません)。欄が不足する場合は、項目欄の「裏面あり」にチェックし、裏面の欄に記入してください。

※医療機関等は都道府県から難病法の指定を受けた「指定医療機関」である必要があります。指定の状況については、所在地の都道府県のホームページをご覧くださいか、医療機関等にお問い合わせください。

裏面の※6を参考に、支給認定基準世帯員の氏名、氏名のフリガナ、受診者との続柄を記入してください。また別紙1個人番号記載票にマイナンバー等の記入をお願いします。

★裏面の注意事項を参照の上、ご記入ください。また別紙1「個人番号記載票」もご記入をお願いします。

(裏面)

(注意事項)

- ※1 変更は、指定医療機関、自己負担上限額（階層区分・人工呼吸器等装着・高額かつ長期）、指定難病の名称の変更については本様式を使用し、それ以外の変更は様式第4号特定医療費（指定難病）受給者証等記載事項変更届に記入し届出すること。また変更が保護者や支給認定基準世帯員の変更以外の場合、別紙1「個人番号記載票」の提出は不要。
- ※2 人工呼吸器等装着とは、継続して常時生命維持管理装置を装着する必要がある、かつ日常生活動作が著しく制限される者であり、人工呼吸器を装着している者について、継続して常時とは、一日中施行することが必要であって離脱の可能性がないことをいう。
- ※3 申請日の属する月以前の12か月の間（支給認定を受けた月以後のものに限る。）に、上記の難病に関する月ごとの医療費総額が50,000円を超える月が6か月以上ある場合に記入すること（申請にあたっては医療費申告書及び領収書等医療費が確認できるものが別途必要）。
- ※4 病状の程度が厚生労働大臣の定める程度ではないが、申請日の属する月以前の12か月の間に、上記の難病に関する月ごとの医療費総額が33,330円を超える月が3か月以上ある場合に記入すること（申請にあたっては医療費申告書及び領収書等医療費が確認できるものが別途必要）。
- ※5 受診する、又は受診予定の指定医療機関、薬局、訪問看護事業者を記載すること（申請日からその医療機関等を利用できます。記載していない指定医療機関等は医療費助成の対象になりません）。医療機関等は都道府県から難病の患者に対する医療等に関する法律の指定を受けた「指定医療機関」であること（指定の状況については、所在地の都道府県のホームページをご覧くださいか、受付窓口、医療機関等にお問い合わせください）。なお、受給者証に記載されている指定医療機関を削除したい場合、削除したい医療機関を記載して、朱書きで削除と記載すること（削除した指定医療機関は公費負担の対象から外れるため、削除は慎重に行うこと）。

※6 支給認定基準世帯員については以下のとおり

受診者が加入している医療保険		支給認定基準世帯員	
国民健康保険（国保一般、退職国保）		受診者と住民票上同一世帯で国保に加入している方全員	
国民健康保険組合（国保組合）		受診者と同じ国保組合に加入している方全員	
後期高齢者医療制度（後期高齢）		受診者と住民票上同一世帯で後期高齢に加入している方全員	
被用者保険〔全国健康保険協会（健保協会）、健康保険組合（健保組合）、共済組合（共済）、船員保険など〕	受診者が被保険者本人	患者本人のみ	
	受診者以外が被保険者	被保険者の市町村民税が課税の場合	→被保険者のみ
		被保険者の市町村民税が非課税の場合	→被保険者及び受診者

- ※7 臨床調査個人票とは、難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第6条第1項に規定する診断書のこと、新規、更新及び変更申請（人工呼吸器等装着、指定難病の名称）の際に添付すること。なお、臨床調査個人票の研究利用についての同意は、以下の説明を確認すること。

<同意について>
 厚生労働省では、難病の研究を推進するため、本申請書に添付された診断書（臨床調査個人票）をデータベースに登録し、厚生労働省の研究事業等の基礎資料として使用することとしています。
 また、臨床調査個人票の使用に当たっては、個人情報の保護に十分配慮し、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病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。

表面の欄が不足する場合のみ記入してください。

	指定医療機関等名称（薬局及び訪問看護事業者を含む）	所在地
受診を希望する指定医療機関等（※5）		