

特定疾患医療受給者証交付申請書					
(フリガナ) 氏名			生年月日	年 月 日	
			職 業		
住 所 〒			☎ ( - - )		
申 請 理 由			1 新規申請      2 他都道府県からの転入		
これまでの医療受給者証交付歴			受給者番号	そのときの受給者証の有効期間	
本 県	有・無	他 県	有・無	年 月 日～ 年 月 日	
医 療 保 険	保険種別（該当に全て○）		協・組・船・共・国・退・国組・後高・(介)		
	被保険者氏名		受給者との続柄		
	保 険 者 名		記号番号		
	所 在 地				
病 名					
医 療 機 関	名 称				
	所 在 地				
(注) 臨床調査個人票の研究利用についての同意		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。（詳細については、裏面をご覧ください。）			
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、特定疾患医療受給者証の交付を申請します。					
福岡県知事 殿			年 月 日		
〒			-		
申請者 住 所					
フリガナ 氏 名		印		☎ ( - - )	
(自署する場合は、押印を省略することができます)					
本人以外の申請の場合、受給者との続柄 ( )					
1 申請者は、本人、配偶者、扶養義務者、もしくは同居の親族とします。				(保健所収受印)	
2 申請時には、臨床調査個人票及び住民票の写しを添付してください。ただし、他都道府県からの転入以外の申請の場合は、住民票の写しに代えて現住所を確認できる書類の写しを添付することができます。					
3 審査の結果承認された場合は、原則として保健所受付日から有効の特定疾患医療受給者証を交付しますので、申請は診断確定後お早めに行ってください。					
4 各種お知らせは、本人に送付されますので、送付先を変更する場合は、変更届を提出してください。					

(裏面)

<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、厚生労働科学研究費補助金及び厚生労働行政推進調査事業費補助金の難治性疾患政策研究事業並びに医療研究開発推進事業費補助金難治性疾患実用化研究事業の研究班において、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。