

|          |  |  |
|----------|--|--|
| 階層<br>区分 |  |  |
|----------|--|--|

特定医療費(指定難病)支給認定申請書(新規・更新・変更(疾患変更/疾患追加/上限額変更))\*

\* 新規・更新・疾患変更・疾患追加・上限額変更のいずれかに○

|  |                                       |   |   |  |      |             |   |                                 |
|--|---------------------------------------|---|---|--|------|-------------|---|---------------------------------|
| 受給者番号<br>(更新又は変更の場合のみ記入)   |                                       |   |   |  |      |             |   |                                 |
| 指定難病名  |                                       |   |   |  |      |             |   |                                 |
| 患者<br>(受診者)  | フリガナ                                  |   |   |  | 性別   | 年齢          | 生年月日  |                                 |
|  | 氏名                                    |   |   |  | 男・女  | 歳           | 年 月 日   |                                 |
|  | 郵便番号                                  |   |   |  | 電話番号 | (日中連絡可能なもの) |   |                                 |
|  | 住所<br>(住民票の住所を<br>正確に記載)              | 市 町 村   |   |  |      |             | 1月1日時点(※1~6月の申請の場合は前年)の住所地(市町村)<br><input type="checkbox"/> 現在と同じ<br><input type="checkbox"/> 異なる場合は記載<br>( ) |                                 |
|  | 加入<br>医療保険等                           | 被保険者氏名  |   |  |      | 患者との続柄      | 本人 ・ 家族   |                                 |
|  |                                       | 保険種別  | 生活保護・協会・組合・共済・船員・<br>国保・国保(退職)・後期   |  |      | 記号・番号       |   |                                 |
|  |                                       | 保険者名称   |   |  |      | 保険者番号       |   |                                 |
|  | 支給認定<br>基準世帯員                         | 氏名  |   |  |      | 続柄          | 1月1日時点<br>の住所地<br>(市町村)<br>(※1~6月<br>の申請の場<br>合は前年の<br>1月1日時<br>点)  | <input type="checkbox"/> 患者と同じ  |
|  |                                       |   |   |  |      |             |   | <input type="checkbox"/> 異なる( ) |
|  |                                       |   |   |  |      |             |   | <input type="checkbox"/> 患者と同じ  |
|  |                                       |   | <input type="checkbox"/> 異なる( )   |  |      |             |   |                                 |
|  |                                       |   | <input type="checkbox"/> 患者と同じ  |  |      |             |   |                                 |
|  |                                       |   | <input type="checkbox"/> 異なる( )   |  |      |             |   |                                 |
|  |                                       |   | <input type="checkbox"/> 患者と同じ  |  |      |             |   |                                 |
|  |                                       |   | <input type="checkbox"/> 異なる( )   |  |      |             |   |                                 |
| ○被用者保険(全国健康保険協会、健康保険組合、共済組合等)…被保険者<br>○後期高齢者医療制度、国民健康保険(市町村国保、国保組合)…受診者と同じ医療保険に加入している方全員 |                                       |   |   |  |      |             |   |                                 |
| 受給者証<br>送付先  | 以下に該当する場合は□に印をつけてください。                |   | フリガナ  |  |      |             | 患者との続柄  |                                 |
|  | <input type="checkbox"/> 患者氏名と同じ      |   | 氏名  |  |      |             |   |                                 |
|  | <input type="checkbox"/> 患者住所・電話番号と同じ |   |   |  |      |             |   |                                 |
|  | 郵便番号                                  | -   |   |  | 電話番号 | ( )         |   |                                 |
| 住所   | 都道 市区<br>府県 町 村                       |   |   |  |      |             |   |                                 |
| 自己<br>の負<br>担上<br>限額   | その他<br>申請情報                           | <input type="checkbox"/> 人工呼吸器、体外式補助人工心臓を使用している |   |  |      |             |   |                                 |
|  | 該当する場合は<br>□に印をつけて<br>ください。           | <input type="checkbox"/> 軽症者特例<br>(軽症高額該当)      | ※申請日の属する月以前の12月の間に、上記難病に関する月ごとの医療費総額が33,330円<br>を超える月が3回以上(自己負担上限額管理票の写し等の添付が必要。) |  |      |             |   |                                 |
|  |                                       | <input type="checkbox"/> 高額かつ長期<br>(高額難病治療継続者)  | ※申請日の属する月以前の12月の間に、上記難病に関する月ごとの医療費総額が50,000円<br>を超える月が6回以上(自己負担上限額管理票の写し等の添付が必要。) |  |      |             |   |                                 |
| 患者と同じ保険に加入する者で指定難病<br>又は小児慢性特定疾病の医療費助成を<br>受けている者又は申請中の者                                 |                                       | 無 ・ 有 (氏名 )<br><br>(受給者番号 )                     |   |  |      |             |   |                                 |
| 受診を希望する<br>医療機関等   | 医療機関名(病院・診療所(介護医療院を含む。)/薬局/訪問看護事業所)   |   |   |  |      | 所在地(市町村名)   |   |                                 |
|  |                                       |   |   |  |      |             |   |                                 |

※裏面の申請者氏名欄に記名してください。

新潟県知事 様

私は、本書のとおり、特定医療費の支給を申請します。

年 月 日  
申請者氏名<sup>※</sup>

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。

厚生労働大臣 様

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。

年 月 日  
申請者氏名<sup>※</sup>

※ 申請者が受診者・法定代理人以外の場合、委任状の記載が必要です。

### 委 任 状

受任者 住所

氏名

上記の者を代理人と定め、本申請に関する一切の権限を委任します。

年 月 日

委任者（受診者）  
住所

氏名

更新申請の場合で、表面の「支給認定基準世帯員氏名」欄に印字された内容に変更があるときは、当該欄に変更後の内容を記載してください。欄が不足する場合は、下欄に記載してください。

また、新たに支給認定基準世帯員となった方がいる場合は、その方の個人番号を確認できる書類の写しを添付してください。

| 支給認定基準世帯員氏名<br>(受診者については記載不要) | 受診者との続柄 | 1月1日時点（※1～6月の申請の場合は前年）の住所地（市町村）                                    |
|-------------------------------|---------|--|
|                               |         | <input type="checkbox"/> 受診者と同じ<br><input type="checkbox"/> 異なる（ ） |
|                               |         | <input type="checkbox"/> 受診者と同じ<br><input type="checkbox"/> 異なる（ ） |
|                               |         | <input type="checkbox"/> 受診者と同じ<br><input type="checkbox"/> 異なる（ ） |
|                               |         | <input type="checkbox"/> 受診者と同じ<br><input type="checkbox"/> 異なる（ ） |
|                               |         | <input type="checkbox"/> 受診者と同じ<br><input type="checkbox"/> 異なる（ ） |

### 聞取調書欄

年 月 日

職名 氏名

【担当者記入欄(受診者本人の番号確認時のみ)】

|        |   |
|--------|---|
| 番号確認   | <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号記載住民票等 <input type="checkbox"/> 住基(理由: )                           |
| 身元確認方法 | <input type="checkbox"/> 添付書類で確認<br><input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他( ) |

【担当者記入欄(他の医療費助成の受給有無)】

|            |   |
|------------|---|
| 受給有無       | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無   |
| 他の医療費助成の種類 | <input type="checkbox"/> 子ども医療費 <input type="checkbox"/> 県障(重度心身障害者医療費助成事業) <input type="checkbox"/> 県親(ひとり親家庭等医療費助成事業) |

## <臨床調査個人票の研究利用に関するご説明>

指定難病の患者さんに対する良質かつ適切な医療支援の実施を目指し、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、医療に要する費用を支給しています。この制度の申請時に提出していただく「臨床調査個人票」は、難病の患者さんに対する医療等の総合的な推進を図るための基本的な方針に基づき、この事業の対象となるか否かの審査に用いられると同時に、同意をいただいた方の「臨床調査個人票」の記載内容をデータベースに登録し、指定難病(小児慢性特定疾病)に関する研究の推進及び政策の立案のための基礎資料としております。

本紙をお読みいただき、データベースに患者さんの「臨床調査個人票」の記載内容を登録すること並びに登録情報を指定難病に関する研究及び政策の立案のための基礎資料として利用することに同意いただける場合は、申請書に署名をお願いします。

なお、同意については任意であり、同意されない場合についても医療費助成の可否に影響を及ぼすものではありません。

### ○個人情報保護について：

臨床調査個人票を研究に利用するに当たっては、審査会において審査の上、以下の提供先に対して、提供することとしておりますが、患者さんを特定できないようにするため、患者さんの氏名や住所等の情報は提供されません。臨床調査研究分野の研究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、皆様の同意を得ることとしております。

研究の成果は公表しますが、その際個人が特定されることはありません。

また、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。

(提供先について)

- ・厚生労働省
- ・厚生労働省が補助を行う研究事業を実施する者
- ・文部科学省が補助を行う研究事業を実施する者
- ・都道府県、指定都市
- ・上記以外で、厚生労働省が主催する有識者で構成される審査会において、指定難病及び小児慢性特定疾病の研究の推進のために必要であり、提供することが適切であると判断された者

### ○同意の撤回等について：

この研究への参加について同意をいただいた後も、登録された情報を研究機関等へ提供することについて、同意を撤回することができます。同意撤回後は、データベースに登録されている患者さんのデータが、指定難病に関する研究及び政策の立案のため研究機関や政府機関に提供されることはありません。ただし、すでにデータを提供している場合や提供したデータを用いた研究の成果をすでに公開している場合には、それらの情報は削除できませんので、あらかじめご了承ください。

また、患者さんが同意を撤回した後、登録されているデータを用いることで患者さん本人が利益を得られることが見込まれるような医学的進歩があった場合に、データベースに登録されている同意撤回前のデータの利用について、改めて患者さんに同意をいただく場合があります。そのような場合に備え、患者さんが同意を撤回した後も、一度登録したデータはデータベースに保存され続けます。(なお、一度登録したデータをデータベースから削除することもできますが、その場合、上記のような医学的進歩があった際に、データを利用することができず、患者さんが利益を得ることが難しくなる可能性があります。その点をご理解いただいた上、一度登録したデータをデータベースから削除することを希望する場合は、厚生労働省ホームページにて詳細を確認し、必要な手続きを行ってください。)

[https://www.mhlw.go.jp/stf/nanbyou\\_kenkyu.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/nanbyou_kenkyu.html)

### ○データベースに登録される項目：

データベースに登録される項目は臨床調査個人票に記載された項目となります。臨床調査個人票については、以下のURLをご参照ください。患者さんを特定できないようするため、患者さんの氏名や住所といった個人情報は提供されません。

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000084783.html>

### ○その他：