

特定疾患医療受給者証交付申請書 (新規・更新・転入)							
対 象	ふりがな				性別	男・女	
	氏名						
	個人番号						
	生年月日	明・大 昭・平	年	月	日	職業	
	住所	(〒 - )			電話( - - )		
患 者	加入 医療 保険 等	保険種別	健康保険(協会けんぽ・組合)・共済・ 国保(市町村・組合)・後期高齢者・船員	記号・番号			
		被保険者 氏名			対象患者 との続柄	本人・家族	
		保険者名			限度額適用認定証、又は限度額 適用・標準負担額減額認定証	有・無	
		他の公的医療給 付の受給状況	有 ( ) ・ 無	介護保険利用	有・無		
		病名					
受療医療機関の 名称、所在地等	1	(所在市町村: )	2	(所在市町村: )			
	3	(所在市町村: )	4	(所在市町村: )			
	5	(所在市町村: )	6	(所在市町村: )			
(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。					保健所收受印欄		
年 月 日 申請者 住所 氏名 (患者との続柄: ) 保健所長 殿					印		
<b>裏面も必ずご確認ください</b>							

(注) 1 記入に当たっては、住民票、加入する医療保険の資格情報のとおり記入してください。  
2 高齢受給者証を交付されている方は、高齢受給者証の写しも添付してください。

DV・虐待等の被害による避難について（該当する場合は以下に☑してください。）
DV・虐待等の被害を受けて避難されている方については、その所在地につながる情報（所在地の都道府県又は市町村名）をマイナポータルサービス上で加害者が確認できないように秘匿することができます。
<input type="checkbox"/> 所在地情報の秘匿措置を希望します。
※記入いただいた情報は、マイナンバー制度において上記情報を秘匿する措置をとるためにのみ使用します。

《臨床調査個人票の研究利用についての詳細》
特定疾患治療研究事業は、重症で稀少な特定疾患の研究を推進するため、患者さん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ください。
また、臨床調査個人票の使用に当たっては、 <u>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。</u>
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。

保健所記入欄	決定事項	審査	年	月	日	受給者番号							
	申請者の	1つで可	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他( )										
	本人確認	2つ以上	<input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 所得・課税証明書 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> その他( )										
	受診者等の番号確認	<input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票(個人番号付き) <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他( )											