

特定医療費（指定難病）支給認定申請書（新規・更新・変更）

受診者	フリガナ		年齢	生年月日	
	氏名		歳	T S H R	年 月 日
	個人番号				
	住所	〒		電話番号	
	加入医療保険	被保険者氏名		受診者との関係	
保険種別		記号・番号			
被保険者証発行機関名					
所在地					
申請者 (※1)	フリガナ		受診者との関係		
	氏名				
	個人番号				
	住所	〒		電話番号	
病名					
自己負担上限額の特例等（該当するものに☑）	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着		<input type="checkbox"/>	高額かつ長期
	<input type="checkbox"/>	軽症者特例			
今回申請する受給者と同じ世帯内にいる指定難病又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 ※対象者がいる場合は右欄に氏名を記入し、該当する医療費助成に☑（受給者証の写し等を添付）。			氏名	<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病	
			氏名	<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病	
受診を希望する（指定）医療機関（調剤薬局、訪問看護事業者等を含む） ※書ききれない場合は裏面にも記載欄あり	医療機関・調剤薬局・訪問看護事業者名			所在地	
受給者番号（※2）					
臨床調査個人票の研究利用についての同意 別紙「臨床調査個人票の研究利用に関するご説明」の内容を確認のうえ、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に同意します。 申請者氏名 厚生労働大臣 様（受診者）					
私は、上記のとおり、特定医療費の支給を申請します。 申請者氏名 （受診者） 令和 年 月 日 高知県知事 様				受付印	

※1 受診者が18歳未満又は成年被後見人等の理由により、受診者に代わって申請する場合のみ記入。

※2 更新又は変更の方のみ記入。

裏面もご覧ください。

※表面から続く 受診を希望する（指定） 医療機関（調剤薬局、訪問看護事業者等を含む）	医療機関・調剤薬局・訪問看護事業者名	所在地

○書類等を受診者（保護者）以外の方に送付する場合に記載してください。

※記入のない場合は、受診者（保護者）の方に送付します。

送付先の方の氏名		受診者との関係	
住所	〒	電話番号	

※申請受付機関記載欄	
番号確認	番号カード・通知カード・住民票（個人番号付）
身元確認	1点：番号カード・運転免許証・身体障害者手帳 2点：医療保険証・年金手帳・医療受給者証・ 児童扶養手当証書 その他（ ）
確認者	