

特定医療費(指定難病)支給認定申請書(新規・更新・変更・転入) ※1 【変更事由：病名、医療機関、自己負担上限額、その他()】											
受診者	フリガナ							年齢	生年月日		
	氏名								年 月 日		
	個人番号							歳			
	住所							電話(自宅)	— —		
								電話(携帯)	— —		
	加入医療保険	被保険者氏名							受診者との続柄		
		保険種別	① 国民健康保険、後期高齢 ② 国民健康保険組合 ③ 社会保険(協会健保、共済、健保組合など) ④ 生活保護								
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)※3					病名						
保護者(受診者が18歳未満の場合に記入)※2	フリガナ							受診者との関係			
	氏名										
	個人番号										
	住所							電話(自宅)	— —		
						電話(携帯)	— —				
自己負担上限額の特例(該当するものにチェック)	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着		<input type="checkbox"/> 高額かつ長期			<input type="checkbox"/> 軽症高額該当					
今回申請する受診者と同じ世帯内にいる指定難病患者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 (有無に○、有りの場合難病・小児の別、氏名・受給者番号を記入)							有・無	難病・小児	(氏名・受給者番号)		
診断年月日(臨床調査個人票最終頁に記載)※4,5	令和 年 月 日		【左記の欄の理由が申請日から1か月以上前の年月日となっている理由】 <input type="checkbox"/> 臨床調査個人票の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 症状等の悪化により、申請書類の準備や提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> 大規模災害等に被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他 ()								
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 申請日 令和 年 月 日 北九州市長 様								窓口確認欄			

※1 新規・更新・変更・転入のいずれかに○をする。
 ※2 受診者本人と異なる場合に記入。
 ※3 更新または変更の方のみ記入
 ※4 特定医療費の支給開始日は、指定医が重症度分類を満たしていると診断した日又は、(軽症の場合)軽症高額の基準を満たした翌日(ただし、遡り期間は、原則申請日から1か月前(やむを得ない理由により申請が行えなかった場合は最長3か月前)の同じ日)まで遡ることが可能。
 ※5 更新の場合は、原則記入不要。
 ※6 患者が未成年又は成年後見人等の理由により、受診者に代わって申請者が同意する場合に記入。

(裏面)

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。

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。

受診者氏名

申請者氏名

※6

令和 年 月 日

厚生労働大臣 様

※2 患者が未成年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者が同意する場合に記入。

支給認定基準世帯員(受診者と同じ医療保険に加入する者)

世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号		生年月日	
世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号		生年月日	
世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号		生年月日	
世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号		生年月日	
世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号		生年月日	
世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号		生年月日	
世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号		生年月日	
世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号		生年月日	

今年1月1日時点で、他の市町村に住所を有していた場合の住所

前住所