

見本(表)

新規申請

特定医療費（指定難病）支給認定／登録者証（指定難病）申請書
(☑新規 □更新 □変更（疾病変更、疾病追加、高額かつ長期、人工呼吸器、その他） □転入）

Form with fields for patient (受診者) and applicant (申請者) including name, address, birth date, and insurance information.

登録者証を申請される場合は申請するに○を付けてください。原則マイナンバー連携のため上段の個人番号欄にも記載を忘れずに行ってください。

※該当する場合は必ず☑を入れてください！ ↓

Registration application section with checkboxes for '申請する' and 'DV虐待等による情報連携の不開示希望'.

Section for '特定医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日' with a list of reasons for delay.

Section for '申請者氏名' and date, including a note about recording the date on the clinical survey form.

Section for '受診者氏名' and '申請者氏名' with a note about data usage for research.

※ 裏面も必ずご記入ください。

(裏面)

見本(裏)

受診者と同じ医療保険に加入する者) 記入欄

該当者の有無

有 無

※ 受診者の加入医療保険が国民健康保険および後期高齢者医療の場合は、同じ医療保険加入者で同一の世帯の方全員。
※ 受診者の加入医療保険が国民健康保険および後期高齢者医療以外の場合は、同じ医療保険の被保険者。

世帯員氏名	沖縄 花子										本年1月1日 時点の所在地	都道府県		受診者 との続柄		
個人番号 (マイナンバー)	1	0	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0		市区町村		
世帯員氏名											本年1月1日 時点の所在地	都道府県		受診者 との続柄		
個人番号 (マイナンバー)																
世帯員氏名																
個人番号 (マイナンバー)																
世帯員氏名																
個人番号 (マイナンバー)																
世帯員氏名																
個人番号 (マイナンバー)																

1. **被用者保険・社会保険**に加入...被保険者の情報を記入(受診者本人が被保険者の場合は記入不要)
【例】受診者の父が被用者保険の被保険者で受診者を扶養に入れている場合
→ 被保険者(父)の情報を記入

2. **国民健康保険**に加入...同じ国民健康保険(保険証の記号・番号が同じ)に加入している方全員分を記入
【例】受診者と同じ国民健康保険に妻・子が加入している場合
→ 妻・子2人の情報を記入

3. **後期高齢者医療広域連合**に加入...同じ後期高齢者医療広域連合に加入している方全員分を記入
【例】受診者の妻が同じ後期高齢者広域連合に加入している場合

受診を希望する 指定医療機関 (薬局、訪問看護事 業者等を含む)	医療機関名(支店名)	所在地(市町村名)	指定医療機関の変更 (※ 更新、変更の場合)
	〇〇病院	〇〇市	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除
	××クリニック	〇〇市	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除
	△△薬局 〇〇店	〇〇市	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除
	△△薬局 □□店	〇〇町	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除
	訪問看護ステーション 〇〇〇	〇〇町	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除
			<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除
			<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除

※こちらに記入していない指定医療機関等を受診した場合であっても、認定された指定難病に関する医療であれば助成対象となります。

ここから下の欄は記入しないでください。

所得確認書類	<input type="checkbox"/> 市町村民税所得(非)課税証明書 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯受給証明書 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 統合宛名システム、住基ネット <input type="checkbox"/> その他()				
受給者(患者又はその保護者)の収入	右の合計額 <input type="checkbox"/> 80万円より大 <input type="checkbox"/> 80万円以下	合計所得金額 円	公的年金等収入 円	障害年金等収入 円	特児手当等 円
所得区分	生保・低I・低II				円
自己負担上限額特例	<input type="checkbox"/> 按分あり <input type="checkbox"/> 人割				者) <input type="checkbox"/> 境界層措置
社会活動	就労・就学・家事労働				()
日常生活	正常・やや不自由・不自由				
情報連携関係	◆情報照会日()月()日 ◆照会結果:市町村民税の課税 有り → 所得割額合計()円)又は 均等割のみ課税 無し → 所得金額()円) 公的年金収入額()円)				
備考					

※記入不要