

特定医療費（指定難病）支給認定申請書
【記入例】

人呼	高額	2人以上	複数疾患	軽症	
生保	低Ⅰ	低Ⅱ	一般Ⅰ	一般Ⅱ	上位

特定医療費（指定難病）支給認定（新規・更新・転入）／ 登録者証 申請書										
受給者／要支援者（患者本人）	フリガナ	グンマ タロウ				年齢	〇〇 歳		生 年 月 日	
	氏 名	群馬 太郎					昭和 平 令	和 成 和 和	〇〇年〇〇月〇〇日	
	住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 前橋 市 〇〇町〇〇				日中連絡 のつく 電話番号		〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		
	本年1月1日時点の住民登録市区町村 （ただし、1月から6月に申請する場合は前年1月1日時点の住民登録市区町村）							前橋 市・区 町・村		
	加入 健康保険	「被保険者氏名」欄には、被保険者の氏名を 記入してください。患者本人とは限りません。 「被保険者証の記号・番号」欄には、本人の 記号・番号を記入してください。枝番がある 場合、枝番まで記入してください。				グンマ 知 群馬 太郎		受給者との続柄	本人・本人以外	
						ぐんぽ・組合健保・船員・共済・国保・国保組合・後期				
						〇〇〇〇-〇〇				
					〇〇健康保険組合					
	生活保護受給の有無 該当するものに ☒				☐ 有（ ☒ 無		生活保護を受給している場合は、 「有」にチェックした上で、受給元の自治体名を記入			
	病 名	〇〇病		臨床調査個人票1ページに記載されている病名を転記						
自己負担上限額の 特例 該当するものに ☒	希望するものがある場合「有」にチェックの上、必要書類を提出 ・人工呼吸器：人工呼吸器の欄が記載された臨床調査個人票 ・高額かつ長期 } 自己負担上限額管理票 または ・軽症者特例 } 申請する指定難病にかかる医療費領収書				ている）		☐ 有・ ☒ 無			
				上、指定難病		☐ 有・ ☒ 無				
				指定難病に係		☒ 有・ ☐ 無				
申請者の所得状 （市町村民税非課税 合、該当するものに ☒	裏面①～③のいずれかの非課税収入がある場合、 「有」にチェックの上、番号を記入 ※非課税年金等の受給が無い場合は、必ず「無」に チェックしてください。				☒ 有（裏面記載の収入の番号： ② ） ☐ 無					
マイナンバー制度で に、所在地につな いします。					受けるおそれがある場合も含む。） が可能です。希望される方は、 ☒ を願		☐ 希望する			
受給者と同じ世帯内（同じ健康保険加入者に限る） に指定難病又は小児慢性特定疾病の けている者又は申請中の者の有無				同じ住民票世帯かつ同じ健康保険の指定難 病・小児慢性特定疾患の方がいる場合、その 方の「氏名」と「受給者番号」を記入		群馬 花子		受給者番号	9999999	
								受給者番号		
特定医療費支給認定日の遡りの希望 （更新申請の場合は記入不要）										
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	特定医療費の支給認定日 遡って申請することが可能 することが適当と考えられ してください。 審査の結果、必ずしも				更新申請の場合は、記入不要					
	令和 年 月 （更新申請の場合は記入									
登録者証申請 ※「申請する」を選択した場合、障害福祉 サービス等の公的 サービスを提供する いた情報連携によ				・ ☐ 申請する ・ ☐ 発行済（発行自治体名： ）		・ ☐ 申請しない ・ ☒ 前年と同じ（※更新申請用）				
登録者証については、案内5ページの 「登録者証について」をご確認ください。				登録者証を紙で発行する必要がある場合の み、チェックしてください。		☐ 紙での発行を希望				

裏面も必ずご記入ください

(裏面)

私は、表面のとおり、特定医療費の支給又は登録者証の発行を申請します。

申請者（患者本人の氏名を記入してください。患者が18歳未満の場合は保護者の氏名を記入してください。）

氏名 群馬 太郎

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

群馬県知事 殿

申請者の押印は不要です。

受給者証・登録者証は原則として受給者（患者本人）の住所へ送付しますが、別に指定する場合は記入してください。

送付先

住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 高崎市〇〇町〇〇-〇〇	日中連絡のつく電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
フリガナ	グンマ サプロウ	患者との続柄	弟
氏名	群馬 三郎		

◎受診を希望する

指定確認	医療機関
☐	〇〇大学医学部
☐	都道府県、指定を受けた医療機関
☐	
☐	

- ・臨床調査個人票を発行した病院・診療所を1行目に記入してください。
- ・「都道府県、指定都市から指定を受けた医療機関」の記載があれば、個別の医療機関名がなくても利用可能です。印字を希望する場合のみ、3行目以下に記載してください。
- ・指定医療機関の指定を受けていない医療機関（薬局、訪問看護ステーションを含む）は、記入しても利用できません。ご利用の際は、指定を受けていることを必ずご確認ください。

※臨床調査個人票を作成した病院・診療所を1行目に記入してください。

◎年金及びその他手当の受給

※前年（申請日が1～6月の場合は前々年）の1～12月に下記のいずれかの収入がある場合は、①～⑬の番号を表面に記載してください。
※非課税世帯で下記のいずれかの収入がある場合は、該当する収入の金額が確認できる書類の提出が必要です。

① 障害基礎年金	② 障害厚生年金	③ 障害共済年金	④ 遺族基礎年金	⑤ 遺族厚生年金
⑥ 遺族共済年金	⑦ 寡婦年金	⑧ 特別児童扶養手当	⑨ 障害児福祉手当	⑩ 経過的福祉手当
⑪ 特別障害者手当	⑫ 特別障害給付金	⑬ 障害補償給付		

◎支給認定基準世帯員（患者と同じ健康保険に加入する方）の状況（患者本人については記入不要）

※更新申請時のみ記載（新規申請時は世帯状況調査をご提出ください）

氏名	続柄	昭和 平成 令和
群馬 花子	妻	昭和 平成 令和
群馬 一郎	長男	昭和 平成 令和
		昭和 平成 令和
		昭和 平成 令和
		昭和 平成 令和
年 月 日	・被用者	本人・被扶養者

- ・患者本人については記入不要です。
- ・患者本人と同じ医療保険に加入している方全員について、もれなく記入してください。
- ・満16歳未満の方は、患者と同じ医療保険に加入していても、税情報確認対象外のため記入不要です。

臨床調査個人票の研究等への利用について同意をされる方は、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。

◎指定難病に係る医療費助成・登録

私は、別添の説明を読み、指定難病の医療費助成を受けること、②研究機関等の第三者に提供すること、

受給者／要支援者氏名（患者が未成年等）

群馬 太郎

令和 〇年 〇月 〇日

厚生労働大臣 殿

別添「臨床調査個人票の研究利用に関するご説明」をお読みいただき、同意いただける場合は記名してください。なお、同意の有無は支給認定申請の審査に一切影響しませんので、できるだけ同意をお願いします。

研究同意欄の押印は不要です。