

特定医療費（指定難病）支給認定申請書  
【記入例】

|         |    |    |      |      |    |
|---------|----|----|------|------|----|
| 別紙様式第1号 | 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<br>平成<br>令和                              | 〇〇年〇〇月〇〇日                                                         |         |  |
|                                                                   | 住 所                                                                                                                       | 〒〇〇〇-〇〇〇〇<br>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                                                      |         |  |
|                                                                   | 令和8年1月1日時点の住民登録市区町村                                                                                                       |                                                                                                       |                                                                                     |                                                                                         |                                                      |                                             | 前橋 市・区<br>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。<br>「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。 |                                                                                     |                                                                                         |                                                      | 受給者との続柄                                     | 本人・本人以外                                                           |         |  |
|                                                                   |                                                                                                                           |                                                                                                       |                                                                                     |                                                                                         | 〇んぽ・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<br>該当するものに☑                                             |                                                                                                                           |                                                                                                       |                                                                                     | <input type="checkbox"/> 有（<br><input checked="" type="checkbox"/> 無                    |                                                      | 生活保護を受給している場合は、<br>「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<br>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<br>・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<br>・高額かつ長期<br>・軽症者特例                                         |                                                                                                       | 自己負担上限額管理票 または<br>申請する指定難病にかかる医療費領収書                                                |                                                                                         | （有）<br>以上、指定難病                                       |                                             | <input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 |         |  |
| 申請者の所得状況<br>（市町村民税非課税<br>合、該当するものに☑                               | 裏面①～⑬のいずれかの非課税収入がある場合、<br>「有」にチェックの上、番号を記入。案内3ページ（5）<br>④に該当される場合は証明書類の提出が必要です。<br>※非課税年金等の受給が無い場合は、必ず「無」<br>にチェックしてください。 |                                                                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> 有（裏面記載の収入の番号： ② ）<br><input type="checkbox"/> 無 |                                                                                         | 指定難病に係                                               |                                             | <input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |         |  |
| マイナンバー制度で<br>に、所在地につな<br>いします。                                    |                                                                                                                           |                                                                                                       |                                                                                     |                                                                                         | 受けるおそれがある場合も含む。）<br>が可能です。希望される方は、☑をお願いします。          |                                             | <input type="checkbox"/> 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）<br>に指定難病又は小児慢性特定疾患の医療費<br>けている者又は申請中の者の有無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無                                                        |                                                                                                       | 同じ住民票世帯かつ同じ健康保険の指定難<br>病・小児慢性特定疾患の方がいる場合、「有」<br>にチェックの上、その方の「氏名」と「受給者番<br>号」を記入     |                                                                                         | 花子                                                   |                                             | 受給者番号 9999999                                                     |         |  |
| 特定医療費支給認定日の遡りの希<br>（更新申請の場合は記入不要）                                 |                                                                                                                           |                                                                                                       |                                                                                     |                                                                                         |                                                      | 受給者番号                                       |                                                                   |         |  |
| 特定医療費の支給を開始<br>することが適当と考<br>えられる年月日                               | 特定<br>遡って<br>するこ<br>して<br>審査                                                                                              |                                                                                                       | 更新申請の場合は、記入不要                                                                       |                                                                                         | は最長3ヶ月前）の同じ日まで<br>月日等、特定医療費の支給を開始<br>満たした日の翌日の年月日を記載 |                                             |                                                                   |         |  |
| 登録者証申請<br>※「申請する」を選択した場合、障害福祉サ<br>ビス等の公的サ<br>を提供する公的<br>情報連携により   |                                                                                                                           | ・ <input type="checkbox"/> 申請する<br>・ <input type="checkbox"/> 発行（発行自治体名：<br>）                         |                                                                                     | ・ <input type="checkbox"/> 申請しない<br>・ <input checked="" type="checkbox"/> 前年と同じ（※更新申請用） |                                                      | 理由）<br>したため<br>時間を要したため                     |                                                                   |         |  |
| 登録者証については、案内5ページの<br>「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<br>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<br>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 サブロー                 | 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            |
| <input type="checkbox"/> | 〇〇大学医学部         |
| <input type="checkbox"/> | 都道府県、指定を受けた医療機関 |
| <input type="checkbox"/> |                 |
| <input type="checkbox"/> |                 |

・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・診療所を指定医療機関として記入してください。

◎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書をご提出ください）

支給認定基準世帯員

|       |    |
|-------|----|
| 氏名    | 続柄 |
| 群馬 花子 | 妻  |
| 群馬 一郎 | 長男 |
|       |    |
|       |    |
|       |    |

・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。

年 月 日 ・被用者 本人・被扶養者

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、指定難病の医療費が助成されること、②研究機関等の第三者に提供されること、  
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。



## 別添＜臨床調査個人票の研究利用に関するご説明＞（この用紙は申請書に添付不要）

### ＜ 本同意書に関する説明 ＞

指定難病の患者に対する良質かつ適切な医療支援の実施や指定難病患者であることを証明するため、当該疾病の程度が一定以上である者等に対し、申請に基づき医療費助成の実施や登録者証の発行をしています。

これらの申請時に提出していただく「臨床調査個人票」は、医療費助成・登録者証発行の対象となるか否かの審査に用いられますが、加えて、同意をいただいた方については、記載されている情報を厚生労働省のデータベースに登録し、指定難病に関する創薬の研究開発や政策立案等にも活用させていただきます。

本紙をお読みいただき、臨床調査個人票の情報が、①厚生労働省のデータベースに登録されることや、②研究機関等の第三者に提供され、指定難病に関する創薬の研究開発等に利用されることに同意いただける場合は、上記にご署名頂き、「臨床調査個人票」とともに、申請先の都道府県又は指定都市へ提出ください。

また、同意をいただいた後も、その同意を撤回することができます。同意書提出時に未成年だった患者の方が、成人後に撤回することも可能です。

なお、同意については任意であり、同意されない場合も医療費助成や登録者証発行の可否に影響を及ぼしません。

### ＜ データベースに登録される情報と個人情報保護 ＞

厚生労働省のデータベースに登録される情報は、臨床調査個人票に記載された項目です。

臨床調査個人票については、以下の URL をご参照ください。

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000084783.html>

厚生労働省のデータベースは、個人情報保護に十分に配慮して構築しています。データベースに登録された情報を研究機関等の第三者に提供するに当たっては、厚生労働省の審議会における審査を行います。

患者個人を識別することができない「匿名加工」を行うため、患者個人の氏名や住所等の情報は第三者に提供されません。提供された情報を活用した研究成果は公表されますが、その際にも、個人が特定される情報が掲載されることはありません。

また、提供された情報を活用する企業等に対しては、情報漏洩防止のための安全管理措置等の情報の取扱いに関する義務が課されます。義務違反の場合には、厚生労働大臣による立入検査や是正命令が行われるとともに、情報の不適切利用等に対して罰則があります。

臨床研究等の実施に関して協力を求める場合は、改めて、それぞれの研究者等から主治医を介して説明が行われ、皆様の同意を得ることになります。

### ＜ データベースに登録された情報の活用方法 ＞

厚生労働省のデータベースに登録された情報は、

- ①国や地方公共団体が、難病対策の企画立案に関する調査
- ②大学等の研究機関が、難病患者の良質かつ適切な医療の確保や療養生活の質の維持向上に資する研究
- ③民間事業者等が、難病患者の医療・福祉分野の研究開発に資する分析等を行う場合に活用されます。

例えば、製薬企業等が、創薬のために、開発したい治療薬の対象患者の概要把握（重症度等の経過・治験の実行可能性等）や治験で使用する指標の検討等に活用することが想定されます。

### ＜ 同意の撤回 ＞

同意をいただいた後も、情報の登録や、登録された情報の研究機関等の第三者への提供・利用について、同意を撤回することができます。いただきました同意の撤回書を踏まえて、厚生労働省において速やかに対応いたします。必要な手続きは、厚生労働省ホームページを確認してください。

同意撤回後に、その情報が第三者に提供されることはありませんが、既に情報を提供している場合等には、その情報の削除はできませんので了承ください。

なお、同意の撤回は、同意書に署名した方が代理人の場合は、原則として当該代理人の方の署名をお願いします。ただし、同意書提出時に未成年だった患者の方が、成人後に撤回する場合においては、この限りではありません。