

特定疾患医療受給者証交付申請書（新規・継続）

受給者	フリガナ 氏名	-----			
	生年月日	年	月	日	職 業
	住 所	〒 ー (電話 ー ー) 和歌山県			
	加入 医療 保険	被保険者氏名			受給者との 続 柄
保 険 種 別		協・組・船・共・国・国組・後・介		記号・番号	
被保険者証 発行機関名				保険者番号	
疾患 番号		病 名			
医療機関 (訪問看護ステーション 県外保険調剤薬局含む)	名 称	-----			
	所在地	-----			
	名 称	-----			
	所在地	-----			
	名 称	-----			
	所在地	-----			
(注)臨床調査個人 票の研究利用につ いての同意	特定疾患治療研究事業は、重症で希少な特定疾患の研究を推進するための制度であり、 提出した臨床調査個人票が厚生労働科学研究において、個人情報保護のもと疾患研究の基 礎資料として使用されることを確認した上で、申請してください。 (詳細については、裏面をご覧ください。)				
上記のとおり、臨床調査個人票の研究利用について同意し、特定疾患医療受給者証の交付を申請します。 申請者 住所 〒 氏名 (電話 ー ー) 受給者との続柄 年 月 日 和歌山県知事様					
申 請 時 の 入院・通院の別	入 院 通 院	前回受給者番号		重症患者認定	有 ・ 無
		前回承認期間	年 月 日～	年 月 日	

〈同意について〉

特定疾患治療研究事業は、重症で希少な特定疾患の研究を推進するため、患者の方の治療に係る医療費の自己負担分を公費で補助する制度です。

本申請書に添付された臨床調査個人票は、厚生労働省の厚生労働科学研究難治性疾患克服研究事業特定疾患調査研究班において、当該疾患の研究のための基礎資料として使用されますので、このことに同意された上で、特定疾患医療受給者証の交付申請を行ってください。

また、臨床調査個人票の使用に当たっては、個人情報の保護に十分配慮し、研究以外の目的には一切使用されることはありません。

なお、この同意は、添付された臨床調査個人票を疾患研究の基礎資料として活用することに対する同意であり、特定疾患調査研究班で行われる臨床研究等の実施に関して協力を求める場合は、改めて、それぞれの研究者から主治医を介して説明が行われ、同意を得ることとされています。

特定疾患交付申請書記載時の留意事項

- 1 新規・継続のいずれかを○で囲んでください。
- 2 臨床調査個人票を添付してください。

添付書類について

- 1 医療受給者証交付申請
- 2 臨床調査個人票
※スモンの患者は継続申請時には臨床調査個人票は不要
- 3 住民票または現住所の確認できる書類
- 4 健康保険証の写し
- 5 市町村民税非課税証明書
※被用者保険で被保険者が非課税の方

※コピーによる提出の際は、保健所にて原本との照合を受けて下さい。