

申請書記載例

(表)

受給者番号

特定医療費支給認定申請書 (新規・変更)

奈良県知事 殿  
次のとおり特定医療費の支給を申請します。

令和 8年 4月 1日

|        |  |                                    |     |      |               |
|--------|--|------------------------------------|-----|------|---------------|
| 氏名     | フリガナ ナラ タロウ<br>奈良 太郎                                       | 年齢                                 | 53歳 | 生年月日 | 昭和 47年 10月 1日 |
| 個人番号   | 9 9 9 9 - 9 9 9 9 - 9 9 9 9                                |                                    |     |      |               |
| 住所     | フリガナ ナラケン ナラシ ノボリオジチョウ<br>〒 123-4567<br>奈良県 奈良市 登大路町 000番地 |                                    |     |      |               |
| 電話     | 自宅   | 0742-00-0000                       |     | 携帯   | 090-0000-0000 |
| 加入医療保険 | 保険種別   | 協会健保・健保組合・共済・(国保)・後期高齢・国保組合・その他・生保 |     |      |               |
|        | 受診者との続柄  | 本人・家族                              |     |      |               |
|        | 記号・番号  | 記号                                 | ●●  | 番号   | 123456789     |
|        | 被保険者氏名   | 奈良 太郎                              |     |      |               |
|        | 保険者番号  | 1234567                            |     |      |               |
| 保険者    | ●●●  |                                    |     |      |               |

新規申請の場合は記載不要です。

日中つながる番号を記入してください。

受診者の加入医療保険についてご記入ください。

【保険種別】

- ・国保：市町村国民健康保険
- ・国保組合：国民健康保険組合
- ・後期高齢：後期高齢者医療広域連合

※受診者の加入医療保険が確認できる書類に記載されている「記号・番号」「被保険者名」「保険者番号」「保険者」を記入してください。

受給者証の送付先を記載してください。(受診者の場合は、送付先氏名等の記載は不要です。)

※受診者の住所以外への送付を希望する場合は、「その他」を☑し、希望の送付先を記入してください。

受診者が18歳以上の場合、原則、「申請者＝受診者」です。

臨床調査個人票(診断書)に記載された疾病名を記入してください。複数ある場合は全ての疾病名を記入してください。

該当する場合、受給者証のコピーを添付してください。

各種特例については、「指定難病特定医療費助成制度申請の手引き」をご覧ください。

医療保険上の同一世帯内に他に指定難病特定医療の受給者もしくは、小児慢性特定疾病の受給者がいる場合は、「○」を記入の上、氏名・受給者番号を必ず記載ください。※受給者証のコピーを添付してください。

「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」については、「指定難病特定医療費助成制度申請の手引き」をご覧ください。

受給者証等の送付先  受診者  その他(次に記入してください。)

|       |      |         |
|-------|------|---------|
| 送付先氏名 | フリガナ | 受診者との関係 |
| 送付先住所 | 〒    |         |

申請者区分 (該当に☑)

受診者 ※申請者は原則受診者です。申請者欄の記載は不要です。

保護者 ※受診者が18歳未満の場合は、保護者が申請者となります。

その他 ※別途、委任状等の提出が必要です。

|       |           |                          |
|-------|-----------|--------------------------|
| 申請者氏名 | フリガナ      | 電話                       |
| 個人番号※ |           | ※一筆申請者が保護者の場合のみ記入してください。 |
| 住所    | フリガナ<br>〒 |                          |

疾病名

パーキンソン病、潰瘍性大腸炎

同一人物が他の疾患で特定医療費助成又は小児慢性特定疾病医療費助成を受けている場合は、その受給者番号を記載してください。( )

特例 (該当の場合☑)

人工呼吸器等装着  軽症高額該当  高額かつ長期 (高額難病治療継続者)

受診者と同じ世帯内に、他に特定医療受給者はいませんか(申請中の方を含む。)

いない・いる(氏名 ) 受給者番号 ( )

※受給者証の写しの提出が必要です。

受診者と同じ世帯内に、他に小児慢性特定医療受給者はいませんか(申請中の方を含む。)

いない・いる(氏名 奈良 次郎 ) 受給者番号 ( | | | | | | | )

|                             |             |   |   |
|-----------------------------|-------------|---|---|
| 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 | 令和 8年 2月 1日 | <input checked="" type="checkbox"/> [左記の欄が申請日から1か月以上前の年月日となる場合、該当する理由に☑]<br><input checked="" type="checkbox"/> 臨床調査個人票の受領に時間を要したため<br><input type="checkbox"/> 症状の悪化・入院等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため<br><input type="checkbox"/> 大規模災害に被災したことにより、申請書類の提出に時間を要したため<br><input type="checkbox"/> その他 | 保健所受付印<br><br><br>整理欄<br><br><input type="checkbox"/> 軽症高額なし / □その他なし |
|-----------------------------|-------------|---|---|

【裏面にもご記入ください。】

【注・課・保】

申請書記載例

臨床調査個人票を記載された指定医療機関

医療機関名

所在地

●●病院

奈良県奈良市●●町●●-●

臨床調査個人票（診断書）を記載した医療機関をご記入ください。

世帯調査

○住民票上の世帯  
住民票が別でも

住民票上の世帯全員（受給者本人含む）について記載してください。

情報連携の際に必要な情報となりますので、市町村民税の課税地を記載してください。市町村民税の課税地が現在の住所と異なる場合、枠内に市区町村名までを記載してください。

※ 申請日が1～6月の場合は前年の、7～12月の場合は当年の1月1日時点の住所地（市町村民税の課税地）を記載してください。

| 世帯員氏名   | 生年月日          | 受診者との続柄                          | 住民票が別の<br>場合に○ | 受診者と同じ<br>保険の加入者<br>に○ | 加入医療保険種別と被保険者・被扶養者の別  |
|---|---------------|----------------------------------|----------------|------------------------|---|
| フリガナ ナラ タロウ<br>奈良 太郎  | 昭和 47年 10月 1日 | 受診者本人                            |                | ○                      | 協会健保・健保組合・共済・<br>国保・後期高齢・<br>国保組合・その他・生保<br>被保険者・被扶養者   |
| 個人番号  |               |                                  |                |                        | 情報連携により省略する書類<br><input type="checkbox"/> 住民票<br><input type="checkbox"/> （非）課税証明書<br><input type="checkbox"/> 加入医療保険情報                       |
| 1月1日時点の住所地*   |               | 都・道                              |                | 市・区                    | 原則情報連携が基本となりますが、<br>情報連携ができない／希望しない<br>場合は、「指定難病特定医療費助<br>成制度申請の手引き」をご確認の<br>うえ必要書類を添付してください。   |
| <input checked="" type="checkbox"/> 現在の住所と同じ <input type="checkbox"/> 現在の住所と異なる<br>(右枠内に記載ください)   |               | 府・県                              |                | 町・村                    |   |
| フリガナ ナラ ハナコ<br>奈良 花子  | 昭和 50年 12月 2日 | 夫・妻・子・父・母<br>兄・弟・姉・妹<br>その他( )   |                | ○                      | 協会健保・健保組合・共済・<br>国保・後期高齢・<br>国保組合・その他・生保<br>被保険者・被扶養者   |
| 個人番号  |               |                                  |                |                        | 情報連携により省略する書類<br><input checked="" type="checkbox"/> 住民票<br><input checked="" type="checkbox"/> （非）課税証明書<br><input type="checkbox"/> 加入医療保険情報 |
| 1月1日時点の住所地*   |               | 都・道                              |                | 市・区                    | それぞれの世帯員の加入<br>医療保険種別、被保険<br>者・被扶養者の別につい<br>て○をつけてください。   |
| <input type="checkbox"/> 受診者の住所と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 受診者の住所と異なる<br>(右枠内に記載ください) |               | 府・県                              |                | 町・村                    |   |
| フリガナ ナラ ジロウ<br>奈良 次郎  | 昭和 49年 5月 3日  | 夫・妻・子・父・母<br>兄・弟・姉・妹<br>その他( )   |                | ○                      | 協会健保・健保組合・共済・<br>国保・後期高齢・<br>国保組合・その他・生保<br>被保険者・被扶養者   |
| 個人番号  |               |                                  |                |                        | 情報連携により省略する書類<br><input type="checkbox"/> 住民票<br><input type="checkbox"/> （非）課税証明書<br><input type="checkbox"/> 加入医療保険情報                       |
| 1月1日時点の住所地*   |               | 大阪 都・道                           |                | 大阪 (市)・区               | ※加入医療保険が国民健康<br>保険（国保）、後期高齢者医療<br>（後期高齢）の方はそれぞれ<br>の世帯員が被保険者となりま<br>す。  |
| <input type="checkbox"/> 受診者の住所と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 受診者の住所と異なる<br>(右枠内に記載ください) |               | 府・県                              |                | 町・村                    |   |
| フリガナ ナラ フビト<br>奈良 不比等   | 平成 8年 6月 4日   | 夫・妻・子・父・母<br>兄・弟・姉・妹<br>その他( )   |                |                        | 協会健保・健保組合・共済・<br>国保・後期高齢・<br>国保組合・その他・生保<br>被保険者・被扶養者   |
| 個人番号  |               |                                  |                |                        | 情報連携により省略する書類<br><input type="checkbox"/> 住民票<br><input type="checkbox"/> （非）課税証明書<br><input type="checkbox"/> 加入医療保険情報                       |
| 1月1日時点の住所地*   |               | 都・道                              |                | 市・区                    | 別添「指定難病の医療費助<br>成・登録者証の申請における<br>臨床調査個人票情報の研究等<br>への利用について」をお読み<br>ください。<br>同意する場合は記名してくだ<br>さい。同意しない場合でも、<br>認定にかかる審査において不<br>利になることはありません。  |
| <input type="checkbox"/> 受診者の住所と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 受診者の住所と異なる<br>(右枠内に記載ください) |               | 府・県                              |                | 町・村                    |   |
| フリガナ ナラ ナナカ<br>奈良 ななか   | 平成 11年 3月 13日 | 夫・妻・子・父・母<br>兄・弟・姉・妹<br>その他(子の妻) |                |                        | 協会健保・健保組合・共済・<br>国保・後期高齢・<br>国保組合・その他・生保<br>被保険者・被扶養者   |
| 個人番号  |               |                                  |                |                        | 情報連携により省略する書類<br><input type="checkbox"/> 住民票<br><input type="checkbox"/> （非）課税証明書<br><input type="checkbox"/> 加入医療保険情報                       |
| 1月1日時点の住所地*   |               | 都・道                              |                | 市・区                    |   |
| <input checked="" type="checkbox"/> 受診者の住所と同じ <input type="checkbox"/> 受診者の住所と異なる<br>(右枠内に記載ください) |               | 府・県                              |                | 町・村                    |   |

原則情報連携が基本となりますが、情報連携ができない／希望しない場合は、「指定難病特定医療費助成制度申請の手引き」をご確認のうえ必要書類を添付してください。

それぞれの世帯員の加入医療保険種別、被保険者・被扶養者の別について○をつけてください。

※加入医療保険が国民健康保険（国保）、後期高齢者医療（後期高齢）の方はそれぞれの世帯員が被保険者となります。

別添「指定難病の医療費助成・登録者証の申請における臨床調査個人票情報の研究等への利用について」をお読みください。同意する場合は記名してください。同意しない場合でも、認定にかかる審査において不利になることはありません。

指定難病の医療費助成における臨床調査個人票情報の研究等への利用についての同意欄

厚生労働大臣 殿 令和 8年 4月 1日

私は、「指定難病の医療費助成の申請における臨床調査個人票情報の研究等への利用について」を読み、指定難病の医療費助成の申請に当たり提出した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、②研究機関等の第三者に提供され、指定難病に関する創業の研究開発等に利用されることに同意します。

住所 奈良市 登大路町 000番地 患者署名 奈良 太郎

患者が未成年又は成年被後見人等の理由により、本人に代わって代理人が同意する場合は、可能な限り本人にも確認したうえで、以下に署名してください。

代理人署名