



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

**世帯調査**

○住民票上の世帯全員について記載してください。  
 住民票が別でも同じ医療保険に加入している方が他にいる場合は、その方も記載してください。  
 ※ 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	住民票が別の場合に○	受診者と同じ保険の加入者に○	加入医療保険種別と被保険者・被扶養者の別
フリガナ	年 月 日	受診者本人			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 <b>被保険者 ・ 被扶養者</b>
個人番号	-				
1月1日時点の住所地** <input type="checkbox"/> 現在の住所と同じ <input type="checkbox"/> 現在の住所と異なる （右枠内に記載ください）					
フリガナ	年 月 日	夫・妻・子・父・母 兄・弟・姉・妹 その他（ ）			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 <b>被保険者 ・ 被扶養者</b>
個人番号	-				
1月1日時点の住所地** <input type="checkbox"/> 受診者の住所と同じ <input type="checkbox"/> 受診者の住所と異なる （右枠内に記載ください）					
フリガナ	年 月 日	夫・妻・子・父・母 兄・弟・姉・妹 その他（ ）			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 <b>被保険者 ・ 被扶養者</b>
個人番号	-				
1月1日時点の住所地** <input type="checkbox"/> 受診者の住所と同じ <input type="checkbox"/> 受診者の住所と異なる （右枠内に記載ください）					
フリガナ	年 月 日	夫・妻・子・父・母 兄・弟・姉・妹 その他（ ）			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 <b>被保険者 ・ 被扶養者</b>
個人番号	-				
1月1日時点の住所地** <input type="checkbox"/> 受診者の住所と同じ <input type="checkbox"/> 受診者の住所と異なる （右枠内に記載ください）					
フリガナ	年 月 日	夫・妻・子・父・母 兄・弟・姉・妹 その他（ ）			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 <b>被保険者 ・ 被扶養者</b>
個人番号	-				
1月1日時点の住所地** <input type="checkbox"/> 受診者の住所と同じ <input type="checkbox"/> 受診者の住所と異なる （右枠内に記載ください）					

**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 年 月 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薬の研究開発等に利用されることに同意します。

住所 \_\_\_\_\_ 患者署名 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_