

記入見本

【記入例】

患者（受診者）	鹿児島花子さん昭和49年12月20日生まれ、45歳の女性。
疾患名	「シェーグレン症候群」「天疱瘡」の2疾患で今回申請を行うことになった。シェーグレン症候群で障害年金の2級を所持している。
加入している医療保険	協会けんぽ鹿児島支部に加入し、子供2人を保険上の扶養にしている。うち1人の子供については、小児慢性特定疾患受給中。夫は別保険に加入している。
これまでの医療費	令和元年8月、10月、11月に「シェーグレン症候群」「天疱瘡」の治療に係る医療費が33,330円を超えているので、併せて「軽症者特例」での申請も行う。
今回の申請	夫の太郎さんが申請書を記載し、申請した。今後、受給者証などの書類については、花子さんの母に送付をしてほしい。

特定医療費（指定難病）支給認定申請書（新規）										
受診者	フリガナ	カゴシマ ハナコ		性 別	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	年 齢	45歳	生 年 月 日	昭和 49年12月20日	「受診者」の欄は、今回申請される方のことについて記入してください。住所は住民票と同じになります。
	氏 名	鹿児島 花子						昭和	49年12月20日	
	住 所	〒890-0021 鹿児島市〇〇町〇-〇		電話番号	099-218-XXXX					
	加入医療保険	被保険者氏名	鹿児島 花子		受診者との続柄	本人				
	保 険 種 別	政(協)・国組・共・国保・国退・後・生保		被保険者証の記号・番号	12-3456					
	被保険者証発行機関名	全国健康保険協会 鹿児島支部		保険者番号(保険者コード)	01460013					
保護者	受診者が18歳未満の方は、同一医療保険に加入している保護者名を記入してください。	フリガナ			受診者との関係	注意：受診者が18歳未満の場合、受給者証に保護者(申請者)名も記載されます。				
		氏 名								
		住 所(※1)			電話番号(※1)					
病 名(今回申請する疾患)	シェーグレン症候群, 天疱瘡						疾患コード(保健所記入)			
自己負担上限額の特例(該当するものに☑)	<input checked="" type="checkbox"/>	軽症高額該当(※2)(要医療費申告書, 領収書)			<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着				
受診者宅以外への書類送付希望がある場合は記載してください(※3)	<input checked="" type="radio"/> 有		〒893-1010 電話(0994)XXXX-XXXX		鹿児島市打馬町XX-X					
			宛名 桜島 はな		続柄 (母)					
「所得額・課税額証明書」で市町村民税非課税世帯の方は受診者(受診者が18歳未満の場合は保護者)の収入の確認が必要です。	障害年金や遺族年金等の収入 <input checked="" type="radio"/> 有		↓「有」の方							
障害年金(手当), 障害一時金, 遺族年金, 特別障害給付金, 障害補償給付, 障害補償, 特別児童扶養手当, 特別障害者手当, 福祉手当等の収入のある方は証明書や払込通知書の写しを添付してください。	<input checked="" type="checkbox"/> 年金決定通知書や年金払込通知書等の添付あり		種 別 (障害年金2級)							
	<input type="checkbox"/> 低所得Ⅱ(非課税世帯, 本人収入80万以上)の区分を適用して差し支えないので添付しません。		前年度分の支給額(年額 772,000円)							
上位所得区分認定についての同意	<input type="checkbox"/>		上位区分(30,000円/月)の自己負担限度額を適用して差し支えありません。							
自己負担限度額を認定するために必要な書類を提出しない方については、最高額の自己負担となります。										
私は、上記のとおり、特定医療費の支給を申請します。	令和 2年 5月 7日									
	受診者(又は保護者)氏名		鹿児島 花子					(※4)		
	鹿児島県知事 殿									

「受診者」の欄は、今回申請される方のことについて記入してください。住所は住民票と同じになります。

受診者の保険証のことについて記入してください。生活保護受給者の方は、「生保」に○をし、生活保護受給証明書を添付してください。

受診者が18歳未満の場合は、保護者(患者さんを医療保険の扶養に入れている方)が記入してください。

今回申請をする「指定難病」の名称を記載してください。

【記入例】過去12ヶ月の間に難病にかかる医療費が33,330円を超えた月が3回あったので、特例を申請します。

自宅住所以外に希望される書類送付先がありましたら間違いのないように記載してください。

「障害年金」「遺族年金」等、公的年金以外の収入の有無を記載してください。

【記入例】の場合、障害年金2級を受給しています。

所得額・課税額証明書を提出しない方は、一番高い自己負担限度額を適用します。※ただし、保険者照会のための書類が必要になる場合があります。

申請書については、受診者または保護者の氏名の記載が必要です。

臨床調査個人票の研究等への利用についての同意をされる方は、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。

私は、指定難病の研究を推進するため、提出した臨床調査個人票が、別添「研究利用に関するご説明」とおり、指定難病の治療研究等、指定難病に係る研究及び政策を立案するための基礎資料として利用されることを同意します。
受診者氏名
申請者氏名
年 月 日
厚生労働大臣 殿

※1 受診者本人と異なる場合に記入してください。

※2 軽症高額該当を希望される方はチェックしてください。

軽症高額該当：重症度分類では支給要件を満たさないが、月ごとの医療費総額が33,330円を超える月が3月以上ある患者について認定を行う特例です。指定難病にかかる医療費を確認するため、医療費申告書・領収書等が必要です。

※3 書類の送付先に別住所を希望される方は、確実に届くよう方書や宛名まで記載してください。

※4 氏名については、受診者が18歳未満の方は保護者の氏名の記載が必要です。

※5 患者が未成年又は成年被後見人等の理由により、受診者に代わって保護者(申請者)が同意する場合に記入。

保健所記入欄	
<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着
<input type="checkbox"/>	高額かつ長期
<input type="checkbox"/>	軽症高額該当
<input type="checkbox"/>	按分計算対象有
添付	
按分後の負担上限額	金 額

<裏面につづきます>

(裏面)

届出(提出)者が 受診者又は保護者 と異なる場合	氏名	鹿児島 太郎	受診者との関係	夫
	住所	鹿児島市〇〇町〇-〇	電話番号	099-218-XXXX

受診者又は保護者以外の方が提出される際にはこちらにご記入ください。

必要書類 支給認定申請書, 必要人数分の保険証(写), 臨床調査個人票, 世帯全員分の住民票, 同意書, 必要な方の分の所得額課税額証明書, 介護保険者証, 軽快者特例を証明する領収書等 註しくは提出書類一覧をご覧ください。

<p>今回申請する受診者と同じ医療保険で世帯内にいる 指定難病又は小児慢性特定疾病の受給者又は申請中の者</p> <p><input checked="" type="radio"/> 難病 (名) <input checked="" type="radio"/> 小慢 (1 名) ・ 無</p>	<p>有の場合は裏面に指定難病又は小児慢性特定疾病の 医療費助成の有無を必ず記入してください。</p> <p>※ 自己負担限度額を再計算するために必要ですので、受給者 証もしくは申請書の写しを添付してください。</p>	<p>受診者と同じ保険に加入している方 で、指定難病又は小児慢性特定疾病 の受給者証を持っている(申請してい る)方がいらしたらその人数を記載し てください。 【記入例】の場合、子供さんが1人小児 慢性特定疾患の受給者です。</p>
---	---	--

支給認定基準世帯員(受診者と同じ医療保険に加入する者)について

世帯の範囲の確認のために必要ですので、受診者と同じ医療保険に加入している方は同居・別居を問わず**全員記入してください。**

	氏名	受診者との続柄	指定難病又は 小児慢性特定疾病の 医療費助成の有無	指定難病と小児の別	「有」の場合、 所有する 受給者番号全て
1	鹿児島 花子	本人	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無	<input checked="" type="radio"/> 指定難病 ・ 小児慢性特定疾病	申請中
2	鹿児島 次郎	子	有 <input checked="" type="radio"/> 無	指定難病 ・ 小児慢性特定疾病	
3	鹿児島 三郎	子	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無	指定難病 ・ <input checked="" type="radio"/> 小児慢性特定疾病	1234567
4			有 ・ 無	指定難病 ・ 小児慢性特定疾病	
5			有 ・ 無	指定難病 ・ 小児慢性特定疾病	
6			有 ・ 無	指定難病 ・ 小児慢性特定疾病	

受診者と同じ保険に加入している方のお名前・続柄を全員書いてください。また、指定難病や小児慢性特定疾患の受給者証をお持ちの方・申請している方についてはその旨記載してください。自己負担限度額を決める大切な情報ですので、記載漏れのないように注意してください。

【記入見本】の場合、子供さんの三郎さんは小児慢性特定疾患に該当します。

- ※ 受診者が国民健康保険や後期高齢者医療広域連合に加入されている場合は住民票上の世帯で同じ保険に加入している全員分の保険証の写し、国民健康保険組合に加入されている場合は加入者全員分の保険証の写し
上記以外の場合は被保険者並びに受診者の保険証の写しを添付してください。
- ※ 同一医療保険加入者で、他に指定難病又は小児慢性特定疾患の医療費助成を受けている方がいる場合、その方の保険証の写しも添付してください。

利用を希望する医療機関

利用希望の医療機関等に名称・所在地を記入してください。指定難病の医療にかかるものに限ります。
記入がない医療機関等は受給者証に記載されません。

受診を希望する	医療機関名	所在地	医療機関コード (保健所記入)
病院・診療所	〇〇病院	鹿児島市〇〇町××	
調剤薬局 (院外薬局)	××薬局	鹿児島市〇〇町××	
<input type="checkbox"/> 院内薬局利用 入院中等のため 記載しません。			
訪問看護事業所 <input checked="" type="checkbox"/> 利用ありません			
介護医療院 <input checked="" type="checkbox"/> 利用ありません			

申請をする病気(指定難病)そのものや、指定難病に起因する症状の治療のために受診する病院・診療所等の名称と所在地を記載してください。

申請を希望するところに○をしてください。

申請をする病気(指定難病)そのものや、指定難病に起因する症状の治療のために受診する病院・診療所等の名称と所在地を記載してください。

上で記載した病院・診療所等の処方箋を持って薬を買いに行く院外薬局の名称と所在地を記載してください。
※支店がある場合は支店名まで書いてください。

※院内薬局は含みません。

※入院中や投薬がない場合は口にチェックをしてください。

指定難病の治療のために利用する訪問看護ステーション等の事業所の名称と所在地を記載してください。

※訪問看護ステーション及び介護医療院の利用がない場合は口にチェックをしてください。