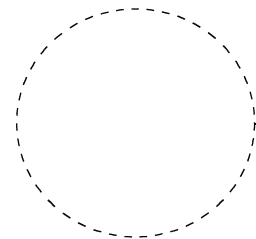


(表面)



特定疾患医療受給者証交付申請書

(申請区分： 新規 ・ 更新) どちらかに○印を

| | | | | | | | | |
|-----|--------------------------|--------------------------------------|-------|---------|----------------------|-------|-------|--|
| 受給者 | フリガナ | | | 性別 | 受給者番号 (更新時のみ記入) | | | |
| | 氏名 | | | 男・女 | | | | |
| | 生年月日 | 明 大 昭 平 年 月 日 (満 歳) | | | 他疾患での受給者番号 (該当者のみ記入) | | | |
| | 住所 (申請者と同じ 場合は省略可) | 〒 _____ 市・郡 _____ 電話 () _____ | | | | | | |
| | 加入 医療保険 | 被保険者区分 | 協会 組合 | 国保 退職国保 | 国組 共済 | 船員 後期 | 本人・家族 | |
| | | 被保険者証 発行機関名 | | | 被保険者証 記号・番号 | | | |
| | 病名 | | | | | | | |
| | 医療機関 | 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。

また、受給者証記載事項について申請書記載の医療機関に情報提供されることに同意します。

平成 年 月 日 申請者住所 〒 _____

フリガナ 氏名 _____ ① 受給者との続柄 ()

島根県知事様 電話 () _____ 昼間の連絡先 _____

保健所記入欄 (特記事項を記入)

※ 裏面の「申請時の注意事項」をご覧ください

〈特定疾患臨床調査個人票の研究利用についての同意について〉

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、厚生労働科学研究難治性疾患克服研究事業の研究班において、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、臨床調査研究分野の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。

申請時の注意事項

新規申請にかかる受給者証の有効期間は、申請書類を保健所が受理した日からとなります

◎保健所記入欄以外は全て記入してください。

◎添付書類

- (1) 受療医療機関の医師による臨床調査個人票 ……様式第3号 (新規用と更新用があります)
- (2) 所得区分把握についての同意書 ……様式第8号 (更新申請の場合は不要です)
- (3) 患者の被保険者証の写し及び限度額適用認定証(お持ちの方のみ)の写し
- (4) 患者の住民票の写し (交付日から3ヶ月以内のもの。コピー可)

※被保険者証や免許証等で現住所を確認することができる場合、住民票の写しに代えることができます。
ただし、住所が印字されているものに限りです。

- (5) ア 被用者保険の場合、被保険者の所得課税証明書 (市町村長発行)

※市町村民税課税対象者の場合、源泉徴収票または確定申告書の写しに代えることができます。

イ 国民健康保険組合の場合は、組合員と当該世帯の被保険者全員の所得課税証明書 (市町村長発行)