

【新旧対照表】 特定疾患治療研究事業実施要領

新	旧
<p>特定疾患治療研究事業実施要領</p> <p>第1～第5 [略]</p> <p>第6 受給資格の認定申請</p> <p>1 申請者は、特定疾患医療受給者証交付申請書（様式第2号。以下「交付申請書」という。）に特定疾患臨床調査個人票（様式第3号。以下「臨床調査個人票」という。）、患者の住民票の写し、<u>医療保険の資格情報が確認できる資料</u>、医療保険上の所得区分に関する情報を対象患者の加入する医療保険の保険者（後期高齢者医療広域連合を含む。以下「保険者」という。）が知事に情報提供すること及び所得区分の認定を行うために必要な書類を知事が本人に代わって対象患者の居住地の市町村に対し交付を求めることに同意する旨の書類（様式第8号。以下「所得区分把握に関する同意書」という。）及び保険者が対象患者の所得区分の認定を行うために必要な書類を添えて、患者の居住地を管轄する保健所長を経由して知事に提出するものとする。</p> <p>なお、更新の申請を行う者については、所得区分把握に関する同意書は不要とする。</p> <p>2～4 [略]</p> <p>第7 受給資格の更新申請</p> <p>1 受給者で、第6第4項に定める受給者証の有効期間を過ぎて治療研究事業の適用を受けようとする者は、交付申請書に臨床調査個人票、患者の住民票の写し、<u>医療保険の資格情報が確認できる資料</u>及び保険者が対象患者の所得区分の認定を行うために必要な書類を添えて当該受給者の住所地を管轄する保健所長を経由して知事に提出するものとする。</p> <p>2・3 [略]</p> <p>第8・第9 [略]</p> <p>第10 氏名等の変更の届出</p> <p>受給者が氏名、住所、加入している医療保険を変更したときは、特定疾患氏名等変更届（様式第4号）に受給者証を添えて、当該受給者等の住所地を管轄する保健所長を経由して知事に提出するものとする。</p> <p>なお、医療保険を変更したときは、<u>医療保険の資格情報が確認できる資料</u>等を添付するものとする。</p> <p>第11・第12 [略]</p> <p>第13 県外から転入した場合の届出</p> <p>他の都道府県で受給者証の交付を受けていた患者が本県に転入し、引き続き受給者証の交付を受けようとする場合には、特定疾患医療受給者転入届（様式第9号）に住民票の写し、及び転入前に交付されていた受給者証の写し及び<u>医療保険の資格情報が確認できる資料</u>を添えて、転入日の属する月の翌月末日までに患者の所在地を管轄する保健所長を経由して知事に提出するものとする。</p> <p>なお、この場合における受給者証の有効期間は、転入日から転入前に交付されていた受給者証の有効期間の終期までとする。</p> <p>第14～第19 [略]</p> <p>附 則 [略]</p> <p>附 則</p> <p>1 この要領は、令和6年12月2日から施行する。</p>	<p>特定疾患治療研究事業実施要領</p> <p>第1～第5 [略]</p> <p>第6 受給資格の認定申請</p> <p>1 申請者は、特定疾患医療受給者証交付申請書（様式第2号。以下「交付申請書」という。）に特定疾患臨床調査個人票（様式第3号。以下「臨床調査個人票」という。）、患者の住民票の写し、<u>保険証の写し</u>、医療保険上の所得区分に関する情報を対象患者の加入する医療保険の保険者（後期高齢者医療広域連合を含む。以下「保険者」という。）が知事に情報提供すること及び所得区分の認定を行うために必要な書類を知事が本人に代わって対象患者の居住地の市町村に対し交付を求めることに同意する旨の書類（様式第8号。以下「所得区分把握に関する同意書」という。）及び保険者が対象患者の所得区分の認定を行うために必要な書類を添えて、患者の居住地を管轄する保健所長を経由して知事に提出するものとする。</p> <p>なお、更新の申請を行う者については、所得区分把握に関する同意書は不要とする。</p> <p>2～4 [略]</p> <p>第7 受給資格の更新申請</p> <p>1 受給者で、第6第4項に定める受給者証の有効期間を過ぎて治療研究事業の適用を受けようとする者は、交付申請書に臨床調査個人票、患者の住民票の写し、<u>保険証の写し</u>及び保険者が対象患者の所得区分の認定を行うために必要な書類を添えて当該受給者の住所地を管轄する保健所長を経由して知事に提出するものとする。</p> <p>2・3 [略]</p> <p>第8・第9 [略]</p> <p>第10 氏名等の変更の届出</p> <p>受給者が氏名、住所、加入している医療保険を変更したときは、特定疾患氏名等変更届（様式第4号）に受給者証を添えて、当該受給者等の住所地を管轄する保健所長を経由して知事に提出するものとする。</p> <p>なお、医療保険を変更したときは、<u>保険証の写し</u>等を添付するものとする。</p> <p>第11・第12 [略]</p> <p>第13 県外から転入した場合の届出</p> <p>他の都道府県で受給者証の交付を受けていた患者が本県に転入し、引き続き受給者証の交付を受けようとする場合には、特定疾患医療受給者転入届（様式第9号）に住民票の写し、及び転入前に交付されていた受給者証の写し及び<u>保険証の写し</u>を添えて、転入日の属する月の翌月末日までに患者の所在地を管轄する保健所長を経由して知事に提出するものとする。</p> <p>なお、この場合における受給者証の有効期間は、転入日から転入前に交付されていた受給者証の有効期間の終期までとする。</p> <p>第14～第19 [略]</p> <p>附 則 [略]</p>

様式第1号

様式第1号 (表面)

Table for '特定疾患医療受給者証' (Surface) with fields for public charge number, recipient number, name, birth date, address, disease name, insurance name, and medical institution.

※ 標記病名以外では使用できません。
※ 裏面の注意事項をよくお読みください。

(裏面)

特定疾患治療研究事業 (目的) 厚生労働科学研究難治性疾患克服研究事業 (特定疾患調査研究分野) の対象疾患のうち診断基準が一応確立し、かつ、難治度及び重症度が高く、さらに、患者が比較的少ない疾患について公費負担により受療を促進することによって、その原因を究明し、もって治療方法の開発等に資することを目的としています。

- 注意事項 1 この証を交付された方は、標記の疾病について保険診療を受けた場合、その自己負担を支払う必要はありません。 2 本事業の対象となる医療は、医療受給者証に記載された疾患及び当該疾患に付随して発現する傷病に対する医療に限られています。 3 保険医療機関等において診療を受ける場合、この証を必ず窓口へ提出してください。 4 氏名、住所又は加入している医療保険に変更があった場合や、治ゆ、死亡又は県外転出などで受給者の資格がなくなったときは速やかに保健所で手続きをとってください。 5 この証を破損したり、汚したり又は紛失したときは、保健所で再交付の手続きをとってください。 6 この証の有効期間満了後も、引き続きこの証の交付を受けようとするときは、有効期間内に保健所で更新の手続きをとってください。 7 その他特定疾患の医療受給に関する問い合わせは、最寄りの保健所又は県庁健康推進課 (☎0852-22-5267) にお問い合わせください。

Blank box for additional information on the reverse side.

様式第1号

様式第1号 (表面)

Table for '特定疾患医療受給者証' (Surface) with fields for public charge number, recipient number, name, birth date, address, disease name, insurance name, and medical institution.

※ 標記病名以外では使用できません。
※ 裏面の注意事項をよくお読みください。

(裏面)

特定疾患治療研究事業 (目的) 厚生労働科学研究難治性疾患克服研究事業 (特定疾患調査研究分野) の対象疾患のうち診断基準が一応確立し、かつ、難治度及び重症度が高く、さらに、患者が比較的少ない疾患について公費負担により受療を促進することによって、その原因を究明し、もって治療方法の開発等に資することを目的としています。

- 注意事項 1 この証を交付された方は、標記の疾病について保険診療を受けた場合、その自己負担を支払う必要はありません。 2 本事業の対象となる医療は、医療受給者証に記載された疾患及び当該疾患に付随して発現する傷病に対する医療に限られています。 3 保険医療機関等において診療を受ける場合、被保険者証、組合員証にこの証を添えて必ず窓口へ提出してください。 4 氏名、住所又は加入している医療保険に変更があった場合や、治ゆ、死亡又は県外転出などで受給者の資格がなくなったときは速やかに保健所で手続きをとってください。 5 この証を破損したり、汚したり又は紛失したときは、保健所で再交付の手続きをとってください。 6 この証の有効期間満了後も、引き続きこの証の交付を受けようとするときは、有効期間内に保健所で更新の手続きをとってください。 7 その他特定疾患の医療受給に関する問い合わせは、最寄りの保健所又は県庁健康推進課 (☎0852-22-5267) にお問い合わせください。

Blank box for additional information on the reverse side.

様式第2号

様式第2号

(表面)

保健所受付印

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

Application form for '特定疾患医療受給者証交付申請書' (Surface) with fields for name, birth date, address, insurance type, and medical institution.

(注) 臨床調査個人票の研究利用について 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。

年月日 申請者住所 受給者との続柄 氏名 電話

島根県知事様

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

様式第2号

様式第2号

(表面)

保健所受付印

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

Application form for '特定疾患医療受給者証交付申請書' (Surface) with fields for name, birth date, address, insurance type, and medical institution.

(注) 臨床調査個人票の研究利用について 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。

年月日 申請者住所 受給者との続柄 氏名 電話

島根県知事様

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

(裏面)

(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

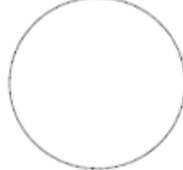
- 新規申請にかかる受給者証の有効期間は、申請書類を保健所が受理した日からとなります
- ◎保健所記入欄以外は全て記入してください。
- ◎添付書類
- (1) 受療医療機関の医師による臨床調査個人票・・・様式第3号(新規用と更新用があります)
 - (2) 所得区分把握についての同意書・・・様式第8号(更新申請の場合は不要です)
 - (3) 患者の医療保険の資格情報が確認できる資料及び限度額適用認定証(お持ちの方のみ)の写し
 - (4) 患者の住民票の写し(交付日から3ヶ月以内のもの。コピー可)
※免許証等で現住所を確認することができる場合、住民票の写しに代えることができます。
ただし、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)

※詳しくは、管轄の保健所へお問い合わせください。

様式第3号 [略]
 様式第4号
 様式第4号

特定疾患氏名等変更届

保健所受付印



受給者氏名		受給者番号																		
変更事項 (変更箇所のみ記入)	氏名	新																		
	変更年月日 (年月日)	旧																		
	住所	新	(〒 -)																	
	変更年月日 (年月日)	旧	(電話番号: - -)																	
加入医療保険		保険者	記号・番号																	
変更年月日 (年月日)	新																			
	旧																			
上記のとおり、変更となりましたので、届け出ます。																				
年 月 日																				
届出者 住所																				
氏名 (受給者との続柄:)																				
島根県知事 様 電話番号 - -																				

- (注) ・交付済みの受給者証又は登録者証を添付してください。
- ・氏名、住所変更の場合は、住民票(戸籍謄本)の写しを添付してください。
 - ・医療保険変更の場合は、医療保険の資格情報が確認できる資料、医療保険者へ所得区分を照会するための同意書(様式第8号)及び医療保険者が所得区分の認定を行うために必要な書類を添付してください。
 - ・詳細は保健所へお問い合わせください。

(裏面)

(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

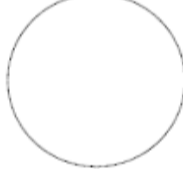
- 新規申請にかかる受給者証の有効期間は、申請書類を保健所が受理した日からとなります
- ◎保健所記入欄以外は全て記入してください。
- ◎添付書類
- (1) 受療医療機関の医師による臨床調査個人票・・・様式第3号(新規用と更新用があります)
 - (2) 所得区分把握についての同意書・・・様式第8号(更新申請の場合は不要です)
 - (3) 患者の被保険者証の写し及び限度額適用認定証(お持ちの方のみ)の写し
 - (4) 患者の住民票の写し(交付日から3ヶ月以内のもの。コピー可)
※被保険者証や免許証等で現住所を確認することができる場合、住民票の写しに代えることができます。
ただし、住所が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)

※詳しくは、管轄の保健所へお問い合わせください。

様式第3号 [略]
 様式第4号
 様式第4号

特定疾患氏名等変更届

保健所受付印



受給者氏名		受給者番号																		
変更事項 (変更箇所のみ記入)	氏名	新																		
	変更年月日 (年月日)	旧																		
	住所	新	(〒 -)																	
	変更年月日 (年月日)	旧	(電話番号: - -)																	
加入医療保険		保険者	記号・番号																	
変更年月日 (年月日)	新																			
	旧																			
上記のとおり、変更となりましたので、届け出ます。																				
年 月 日																				
届出者 住所																				
氏名 (受給者との続柄:)																				
島根県知事 様 電話番号 - -																				

- (注) ・交付済みの受給者証又は登録者証を添付してください。
- ・氏名、住所変更の場合は、住民票(戸籍謄本)の写しを添付してください。
 - ・医療保険変更の場合は、被保険者証の写し、医療保険者へ所得区分を照会するための同意書(様式第8号)及び医療保険者が所得区分の認定を行うために必要な書類を添付してください。
 - ・詳細は保健所へお問い合わせください。

様式第5号～様式第8号

様式第9号

様式第9号

特定疾患医療受給者転入届

年 月 日

島根県知事様

届出者
住 所

氏 名

電話番号

次のとおり転入しましたので、届け出ます。

フリガナ 患者氏名	
生年月日	年 月 日
住 所	〒 - (電話 - -) 島根県
転入年月日	年 月 日
※以下受給者のみ記入	
転入前の 受給者番号	転入前の 患者区分 一般・重症
加入医療保険	協会健保 健組 国保 退職国保 国組 共済 船員 後期高齢
	保険証発行 機関名 被保険者名
病 名	
医療機関名	
備 考	

- 添付書類
- 1 転入前に交付されていた受給者証の写し
 - 2 住民票の写し
 - 3 医療保険の資格情報が確認できる資料 (受給者のみ)
 - 4 同意書 (様式第12号) (受給者のみ)

様式第5号～様式第8号

様式第9号

様式第9号

特定疾患医療受給者転入届

年 月 日

島根県知事様

届出者
住 所

氏 名

電話番号

次のとおり転入しましたので、届け出ます。

フリガナ 患者氏名	
生年月日	年 月 日
住 所	〒 - (電話 - -) 島根県
転入年月日	年 月 日
※以下受給者のみ記入	
転入前の 受給者番号	転入前の 患者区分 一般・重症
加入医療保険	協会健保 健組 国保 退職国保 国組 共済 船員 後期高齢
	保険証発行 機関名 被保険者名
病 名	
医療機関名	
備 考	

- 添付書類
- 1 転入前に交付されていた受給者証の写し
 - 2 住民票の写し
 - 3 医療保険証の写し (受給者のみ)
 - 4 同意書 (様式第12号) (受給者のみ)