

特定疾患医療受給者証交付申請書									
申請区分		更新		受給者番号					
患者	ふりがな氏名								
	生年月日	年 月 日 (歳)							
	住所	〒 ー 山形県					職業		
		電話番号 ()							
加入医療保険		保険種別	全国健康保険協会・健康保険組合・共済組合・国民健康保険・国民健康保険組合・後期高齢者医療広域連合・生活保護・その他 ()						
		記号・番号・枝番			保険者の名称				
身体障害者手帳		1. 有 (等級) 2. 無		介護認定		1. 要介護 (要介護度) 3. 無 2. 要支援			
医療機関名 (特定疾患の治療のために受診している医療機関に限る。)									
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。									
山形県知事 殿 年 月 日									
(申請者) 氏名 (患者との続柄:)									
住所 (住所は患者と異なる場合のみ記入)									
〒 ー									
電話番号 () (日中連絡がとれる番号)									
<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、患者様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、厚生労働科学研究費補助金及び厚生労働行政推進調査事業費補助金の難治性疾患政策研究事業並びに医療研究開発推進事業費補助金難治性疾患実用化研究事業の研究班において、当該疾患の研究のために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下さい。臨床調査個人票の使用に当たっては、個人情報の保護に充分配慮し、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。									

※ 裏面の「世帯調書」も記入してください。

※世 帯 調 書

世帯構成員氏名	患者との続柄	生年月日	職業又は就学の状況等	備 考									
	本 人	年 月 日											
		年 月 日											
		年 月 日											
		年 月 日											
		年 月 日											
		年 月 日											
		年 月 日											
今回申請する患者以外に既に同一生計内で受給者証の交付を受けている者(注②)	氏 名												
	受給者番号												

注① 受診者と同一の世帯に属する者のうち、当該受診者と同じ医療保険に加入している者を全て記入してください。

注② 既に同一生計内で受給者証の交付を受けている者の受給者証の写しを添付してください。

県記入欄	審 査 医			
	適	否	適	否