

特定医療費(指定難病)支給認定等申請書 (新規)											
受診者	受給者番号 [行政記入欄]										
	フリガナ				年齢	歳	生年月日				
	氏名						年 月 日				
	住所	〒					電話番号				
	加入医療保険	フリガナ						受給者との続柄			
		被保険者氏名							記号・番号		
		保険種別	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ	<input type="checkbox"/> 健康保険組合							
			<input type="checkbox"/> 共済組合	<input type="checkbox"/> 船員保険							
	保険者称	<input type="checkbox"/> 国民健康保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者	<input type="checkbox"/> 国保組合							
		<input type="checkbox"/>	生活保護受給者 ※生活保護受給者で医療保険に加入している場合は上記にも記入								
病名	《疾患番号》《疾病名》										
自己負担上限額の特例等	<input type="checkbox"/>	軽症高額該当	申請日の属する月以前の12か月の間に、指定難病に関する月ごとの医療費総額が、33,330円を超える月が3回以上あった。								
	<input type="checkbox"/>	高額かつ長期	申請日の属する月以前の12か月の間に、指定難病に関する月ごとの医療費総額が、50,000円を超える月が6回以上あった。								
	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着	人工呼吸器・体外式補助人工心臓装着者の基準に該当した。								
	<input type="checkbox"/>	現在認定を受けている難病以外の疾病で小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている又は申請中である。									
	<input type="checkbox"/>	今回申請する受診者と同じ医療保険の世帯内にいる指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている者又は申請中の者	受給者番号				(難病・小慢)				
		氏名									
		受給者番号				(難病・小慢)					
		氏名									
支給開始の遡り	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない										
特定医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日 (診断年月日または軽症高額の基準を満たした日の翌日)	年 月 日			【左記の欄が申請日から1か月以上前の年月日となっている理由】 <input type="checkbox"/> 臨床調査個人票の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 症状の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> 大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他 ()							
登録者証(指定難病)	<input type="checkbox"/> 申請する(マイナンバー情報連携) <input type="checkbox"/> 申請する(マイナンバー情報連携及び書面) <input type="checkbox"/> 申請しない										
申請者	愛媛県知事様 上記のとおり、特定医療費の支給を申請します。 厚生労働大臣様 臨床調査個人票の研究等への利用については、研究利用同意欄に記載のとおりとします。										
	年 月 日 住所 _____										
	氏名 _____										
	(受診者との続柄 _____)(電話番号 _____)										
※住所、電話番号は受診者本人と異なる場合のみ記入 ※受診者本人又は保護者以外の場合は、委任状が必要											



[行政記入欄]	年 月 日	軽・高・人・按
		軽特・一般

