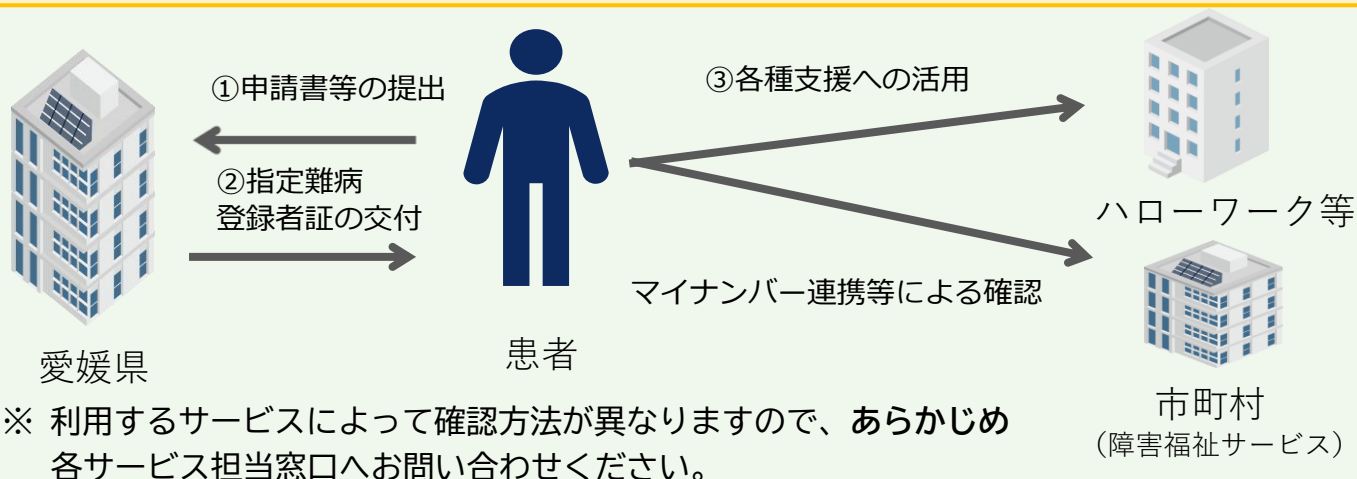


指定難病登録者証の交付について



<指定難病登録者証とは>

- ・ 福祉・就労等の各種支援を受ける際に、**医師の診断書に代わり**、指定難病の患者であることの証明に使用できます。（特定医療費の支給を受けることはできません。）
- ・ 医療費助成の対象とならない方も、指定難病の診断基準を満たしていることが確認できた方については、交付することができます。
- ・ マイナポータルにおいてご自身の情報を確認していただくことができます。
- ・ 指定難病登録者証に「指定難病名」がマイナンバー連携されることはありません。
- ・ 指定難病登録者証に有効期限はありませんので、再登録や更新は不要です。



1. 交付方法

交付の方法は原則としてマイナンバー情報連携です。

マイナンバーカードの交付を受けていないなどの場合は、別途書面により交付します。

2. 申請について

1) 医療費助成と同時申請の場合

特定医療費（指定難病）支給認定等申請書の指定難病登録者証申請欄に申請のチェックをして提出してください。

2) 指定難病登録者証のみ申請の場合

特定医療費（指定難病）支給認定等申請書に必要事項を記載し（記載案内参照）、下記①～⑤の必要書類を添えて提出してください。

- ① マイナンバー確認書類（マイナンバーカード等）
- ② マイナンバー調書
- ③ 指定難病にかかっていることを証明する書類（いずれか一つ）
 - ・ 臨床調査個人票（指定医の記載から6か月以内のもの）
 - ・ 特定医療費（指定難病）受給者証の写し（有効期間満了後のものでも可）
 - ・ 不認定通知書（診断基準を満たしているものに限る）
- ④ 現住所を確認できる書類
 - ・ 住民票（マイナンバー確認書類をマイナンバーが表示された住民票とする場合は省略可）
- ⑤ 委任状（本人以外が申請者の場合）

指定難病登録者証のみ申請される場合（記載案内）

表面

様式第1号の1（表面）

受給者番号 [行政記入欄]		フリガナ		年齢	生年月日
氏名		年齢	歳	年月日	
住所		〒		電話番号	
加入医療保険		被保険者氏名		支給者との続柄	
保険種別		協会けんぽ		健康保険組合	
保険者名		共済組合		船員保険	
		国民健康保険		後期高齢者	
				国保組合	
病名		【疾患番号】(疾病名)			
自己負担上限額の特例等		<input type="checkbox"/> 軽症高額級 申請日の属する月以前の12ヵ月の間に、指定難病に関する月ごとの医療費総額が、300,000円を超える月が1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ヵ月の間に、指定難病に関する月ごとの医療費総額が、60,000円を超える月が4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。			
支給開始の選り		<input type="checkbox"/> 希望する <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			
特定医療費の支給を開始することと過当と考えられる日付		<input type="checkbox"/> 申請する <input type="checkbox"/> 申請しない			
指定難病登録者証		<input type="checkbox"/> 申請する <input type="checkbox"/> 申請しない			
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		臨床調査個人票等の利用について			
申請者		年月日 住所			
		氏名 (受診者との続柄) (電話番号)			
		※住所、電話番号は必ず記入しなくてはならない ※受診者本人又は保護者以外の場合は、委任状が必要			

裏面

様式第1号の1(裏面)

受給者番号・氏名・年齢 生年月日・住所・電話番号を記載	支	認定	世帯	世帯員	町・村 市・区 市・区 市・区 市・区 市・区	非・均 非・均 非・均 非・均 非・均
病名を記載	本人年取(受給者以外に世帯主たる者(世帯主)を含む世帯員)	記世帯員全員、市町村民税非課税の場合で下記に該当する場合は記載		課税非・均 非課税収入計		
研究利用同意について記載	本人年取(受給者以外に世帯主たる者(世帯主)を含む世帯員)	<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 特別障害年金 <input type="checkbox"/> 障害児		研究利用同意		
指定難病登録者証の申請について記載	※以下の回答内容が認定に付するものではありません。		<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない			
申請者について記載	別添「指定難病登録者証の申請における臨床調査個人票情報の研究等への利用についてのご説明」を添付し、本申請に添付提出した臨床調査個人票の情報が、①厚生労働省のデータベースに登録されること、②研究機関等の第三者に提供され、指定難病に関する創薬の研究開発等に利用されること	活状況	<input type="checkbox"/> 1 就労 <input type="checkbox"/> 2 就学 <input type="checkbox"/> 3 家事労働 <input type="checkbox"/> 4 在宅療養 <input type="checkbox"/> 5 入院 <input type="checkbox"/> 6 入所 <input type="checkbox"/> その他()			
	体状況	<input type="checkbox"/> 1 正常 <input type="checkbox"/> 2 やや不自由であるが独力で可能 <input type="checkbox"/> 3 制限があり部分介助 <input type="checkbox"/> 4 全面介助				
	介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護(要介護度) <input type="checkbox"/> 要支援(要支援度) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし				
	本障害者手帳	<input type="checkbox"/> あり(等級) <input type="checkbox"/> なし				
	医療機器の使用等	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし()				
	※受給者証等の送付先について	<input type="checkbox"/> 受診者 <input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> その他				
	※申請に関する問い合わせ先について	<input type="checkbox"/> 受診者 <input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> その他				

管轄保健所一覧

保健所名	電話番号	管轄する市町
四国中央保健所	0896-23-3360	四国中央市
西条保健所	0897-56-1300	新居浜市、西条市
今治保健所	0898-23-2500	今治市、上島町
中予保健所	089-909-8757	伊予市、東温市、久万高原町、松前町、砥部町
八幡浜保健所	0894-22-4111	八幡浜市、大洲市、西予市、内子町、伊方町
宇和島保健所	0895-22-5211	宇和島市、松野町、鬼北町、愛南町
松山市保健所	089-911-1857	松山市

詳細については愛媛県ホームページをご覧ください。

URL
<https://www.pref.ehime.jp/page/69213.html>



<指定難病登録者証に関するお問い合わせ先>

〒790-0811

松山市本町七丁目2番地 愛媛県本町ビル1階

愛媛県難病医療事務センター

電話 089-926-7707



愛媛県