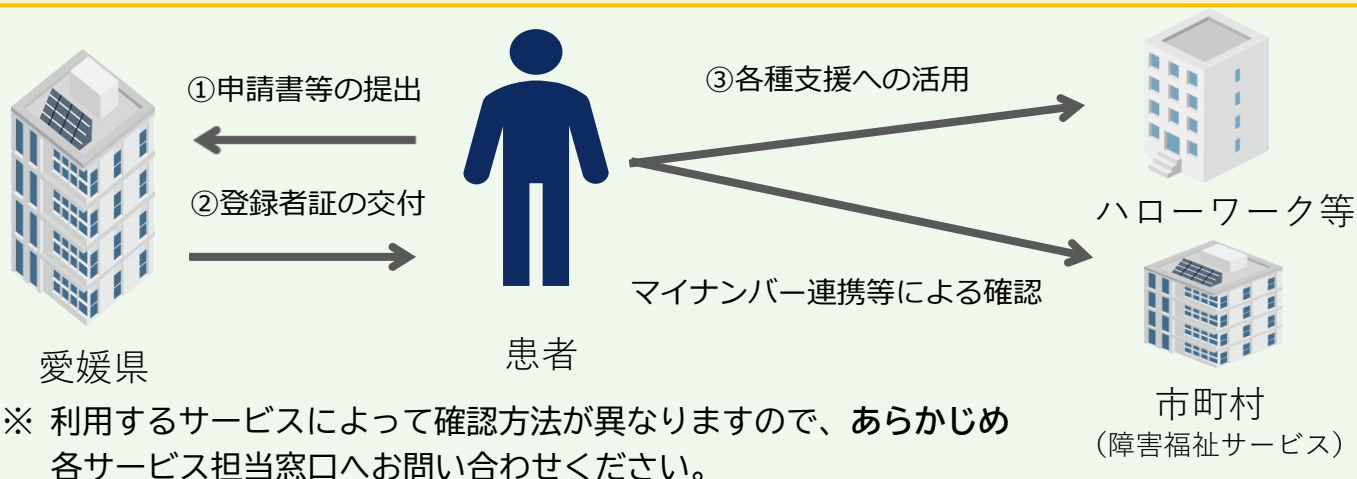


登録者証の交付について

<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。
- ・ 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。
- ・ 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を申請する場合

下記①～④の必要書類を添えて提出してください。

① 特定医療費（指定難病）支給認定申請書

裏面の記載案内を参照し、必要事項を記載してください。

② 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）

- ・ 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）
- ・ 臨床調査個人票（指定医の記載から6か月以内のもの）

③ マイナンバー確認書類（マイナンバーカードの写し等）

※ 過去の申請等により、既に県へマイナンバーを提出している場合は不要です・

④ 委任状（本人以外が申請者の場合）

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）

特定医療費（指定難病）支給認定等申請書（新規）

受給者番号
[行政記入欄]
フリガナ えひめ たろう
氏名 愛媛 太郎
年齢 00 歳
生年月日 300年 0 月 00 日
住所 〒 000-0000
松山市00町00-00
電話番号 000-000-0000

加入医療保険
被保険者氏名
保険 除別
保険 名称
協会けんぽ 健康保険組合
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》 0000000000

自己負担上限額の特例等
軽症高額 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、60,000円を超える月が5回以上あった。
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、60,000円を超える月が6回以上あった。
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。
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。
今回申請する受診者と受給者番号（難病・小慢）
同じ医療保険の世帯内にいる
医療費助成費対象者又は申請者

支給開始の選り
希望する 年 月 日
【申請の属する月以前の12か月の間に、指定難病に関する月ごとの医療費総額が、60,000円を超える月が5回以上あった理由】
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
（診断年月日または検査結果の公表年月日）
指定難病登録者証
申請する（マニパラー情報連携）
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
臨床調査個人票の研究等への利用について、研究利用
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方の住所、電話番号は記入しない

裏面に続く

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

認定世帯員
市・区・町・村 非・均
市・区・町・村 非・均
市・区・町・村 非・均
市・区・町・村 非・均

上記世帯員全員、市町村民税非課税の場合で下記に該当する場合は記載
障がい者 非・均
北前地区 1 軒

本人年収
非課税
障害者
特別障害者
障害者

研究利用同意について記載
※以下の回答内容が「同意する」というものではありません。
別添「指定難病の臨床調査個人票」の記載内容が、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に
同意する 同意しない

生活状況
1 就労 2 就学 3 家事労働 4 在宅療養 5 入院 6 入所
その他

身体状況
1 正常 2 やや不自由であるが独力で可能
3 制限があり部分介助 4 全面介助

介護認定
要介護（要介護度） 要支援（要支援度） 申請中 なし

身体障害者手帳
あり（等級） なし

医療機器の使用等
あり 1 経管栄養 2 経管呼吸 3 経管排泄 4 経管排泄 5 酸素

送付先・問い合わせ先について
送付先
受診者
申請者
その他
※受診者と同じ場合は省略可

本申請に関する問合せ先について
氏名（フリガナ） 受診者との続柄 電話番号
（ ） （ ） （ ）

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

<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 089-912-2404

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>



愛媛県