

様式1号

受給者番号

特定疾患医療受給者証交付申請書 兼 同意書

新規	1
更新	2

記入に当たっては、別紙の記入例を参照してください。

※別の宛所に送付を希望される場合は裏面に記入ください。

受 療 者	フリガナ 氏名	生年月日		年 月 日		
	住所	三重県	郵便番号	—		
			電話番号	- -		
	加入医療保険	フリガナ 被保険者氏名	受療者との続柄			
保険種別		1 協 2 組 3 船 4 共 5 国 6 後 7 その他()			介護認定 1 有 2 無	
保険者		名称	保険者番号			
	所在地					
	記号番号					
病名						
受療医療機関	1	名称				
		所在地				
	2	名称				
		所在地				
	3	名称				
		所在地				
	4	名称				
		所在地				
受療訪問看護 ステーション	1	名称				
		所在地				
	2	名称				
		所在地				
(注)臨床調査個人票の研究同意についての同意	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難治性疾患政策研究事業の研究班において、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。						
申請者(受療者)氏名					受付欄	
年 月 日						
三重県知事 えて						

裏面もご覧ください

〈同意のお願い〉

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、患者さん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、厚生労働省の難治性疾患政策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下さい。

また、臨床調査個人票の使用にあたっては、個人情報の保護に十分に配慮し、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。

※受療者住所以外の宛所に受給者証の送付を希望される場合は、下記にご記入ください。

郵便番号

住 所

氏 名

受療者との続柄

電話番号

特定疾患医療受給者証交付申請書 コード表

表2 続柄コード

01 本人	08 次男以降
02 父	09 次女以降
03 母	10 兄
04 夫	11 弟
05 妻	12 姉
06 長男	13 妹

表3 保険種別

「協」 全国健康保険協会管掌健康保険	「組」 組合管掌健康保険
「船」 船員保険	
「共」 国家公務員共済保険、地方公務員共済保険、私立学校教職員共済保険等	
「国」 国民健康保険	
「後」 後期高齢者医療	

表4 病名コード

5	スモン
18	難治性の肝炎のうち劇症肝炎
32	重症急性膵炎
38	プリオン病(ヒト由来乾燥硬膜移植によるクロイツフェルト・ヤコブ病に限る。)
54	重症多形滲出性紅斑(急性期)