

# 申請書記入例(おもて)

様式第3号(第3条関係)

別紙様式1-1

## 特定医療費(指定難病)支給認定申請書{更新}

受給者番号												1	2	3	4	5	6	7
患者 (受診者)	ふりがな	シガ タロウ					生年月日					昭	64年 1月 1日(32才)					
	氏名	滋賀 太郎																
	住所 (居住地)	〒520-8577 大津市京町4丁目○番○号 1番1号					連絡先 (電話)	077-528-○○○										
	個人番号	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	2				
加入医療 保険 (裏面も記入 してください)	被保険者氏名	滋賀 花子 太郎					患者との 続柄	配偶者 本人										
	保健種別	<input checked="" type="checkbox"/> 健保協会 <input type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 退職国保 <input type="checkbox"/> 後期 <input checked="" type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 船員 <input type="checkbox"/> 国保					3											
	保険者 名称	○共済組合-滋賀県支部 全国健康保険協会○○支部					被保険者証 記号・番号	滋賀-1234567 ○○○-○○○										
病名	○○○○、□□					4		疾病番号	○○									
患者 が18 歳未 満の 場合	ふりがな						患者との 続柄											
	保護者氏名						連絡先 (電話)											
	保護者住所 (居住地)	〒																
受診を希望する 指定医療機関等 (薬局、訪問看護 事業者等を含む)	医療機関名					所在地					5							
	県庁病院					大津市京町4丁目1番1号												
	県庁薬局					大津市京町4丁目1番1号												
	○○薬局					大津市京町四丁目○-○												
※足りない場合は裏面に記載してください																		
自己負担上限額の特例(該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着					<input checked="" type="checkbox"/> 高額難病治療継続者												
	<input checked="" type="checkbox"/> 6 軽症者特例																	
(注)裏面の注意事項を参照してください																		
他の指定難病での受給者証の支給の有無						有(受給者番号 )・無												
申請する患者と同じ世帯内で指定難病・小児慢性特定疾病の医療助成を受けており、かつ同じ医療保険に加入する者の有無						7 有(氏名・受給者番号 滋賀二郎 1234567)・無												
指定難病の研究を推進するため、提出した臨床調査個人票を滋賀県知事が厚生労働大臣に提供し、指定難病等の治療研究等、指定難病に係る研究および政策を立案するための基礎資料として厚生労働大臣が利用することに同意します。【同意する場合のみ、記入してください。】																		
令和5年 7月 1日						申請者氏名 滋賀 太郎												
私( )は、上記のとおり特定医療費の支給を申請します。																		
令和5年 7月 1日						8												
申請者住所 大津市京町四丁目1番1号																		
氏名 滋賀 太郎						患者との続柄(本人)												
滋賀県知事						所在地情報の秘匿希望												

1 受給者証に記載の住所・氏名を印字しています。変更があった場合は訂正してください。

2 「\*」の印字のない方は、原則、個人番号の記入が必要です。

3 受給者証に記載の保険情報を印字しています。健康保険証が変わっている場合は、訂正をしてください。

4 複数の疾病で認定を受けている方は全ての疾病名を記入してください。

5 受給者証に記載の医療機関を印字しています。受診予定のない医療機関は削除し、医療機関を追加する場合は空欄に記入してください。(不足する場合は裏面に記載してください。)

6 現在認定されている特例に■を印字しています。特例の該当の有無について、あてはまる□にチェックしてください。

7 ★ご注意ください！  
記入もれが多い箇所です  
該当する項目を○で囲み、受給者番号等を記入してください。

8 ★ご注意ください！  
記入もれが多い箇所です  
申請日は書類提出日を記入してください。  
申請者の「住所」、「氏名」を必ず記入してください。

ここから下の欄には記入しないでください。

指定難病の治療研究等の基礎資料としての利用について、同意いただける場合は記入してください。	課税額(所得割)	自己負担に関する
	80万円を超える	月額自己限度額
円		円

六欄 加入医療保険変更の有無 有・無 送付先の有無 有・無 特記事項

【注記】  
・印字内容は令和5年3月末時点の情報です。  
記載内容に変更等があれば、ボールペンで線を引いて訂正をしてください。  
・記入もれの場合、追加記入が必要になる場合がありますのでご注意ください。

個人番号の提供にあたり、DV・虐待を受けて避難されている方で所在地情報の秘匿を希望される方は、枠内に「所在地情報の秘匿希望」と記入してください。

# 申請書記入例(うら)

## ○注意事項

### (1)人工呼吸器等装着

継続して常時、生命維持管理装置を装着する必要がある、かつ、日常生活動作が著しく制限されている者であること。  
生命維持装置のうち、人工呼吸器を装着している者について、継続して常時とは、医学的に一日中施行することが必要であって離脱の可能性がないことをいう。

### (2)高額な医療が長期的に継続する患者の特例(「高額難病治療継続者」)

高額な医療が長期的に継続する患者とは、月ごとの該当する医療費総額が5万円を超える月が年間6回以上ある者であること。

### (3)高額な医療を継続することが必要な軽症者の特例(「軽症者特例」)

指定難病の症状の程度が特定医療費の支給の対象とならない軽症者であっても、当該指定難病に係る医療費の総額が月額33,330円を超える月が年間3回以上ある者で、当該医療を継続する必要があるものについては、特定医療費の支給の対象となる場合があります。

上記の特例については医師による証明等、病院等の証明等の書類を添付してください。

## ○加入医療保険に関する事項

支給認定基準世帯員(患者と同じ医療保険に加入する者)

世帯員氏名	滋賀 花子	個人番号	*****	患者との続柄	配偶者 9
世帯員氏名	滋賀 三郎	個人番号	○○○○○○○○○○	患者との続柄	子
世帯員氏名		個人番号		患者との続柄	
世帯員氏名		個人番号		患者との続柄	
世帯員氏名		個人番号		患者との続柄	

## ○指定医療機関に関する事項

受診を希望する指定医療機関(薬局、訪問看護事業者等を含む)

	医療機関名	所在地
受診を希望する指定医療機関等(薬局、訪問看護事業者等を含む)		

【受診者の住所地以外に郵便物等の送付を希望される場合は、下欄に送付先を記入してください】

送付先住所		10
氏名	本人との関係( )	
	電話( )	

9

★ご注意ください！  
記入もれが多い箇所です

患者(受診者)と同じ医療保険に加入している方全員をもちろん記入してください。

なお、患者本人が被用者保険に加入している場合は、本人と被保険者のみで結構です。

印字されている方で、別の医療保険に加入されている方は、線を引いて削除してください。同じ医療保険に加入されている方が増えた場合は、空欄に記入をしてください。

※個人番号(マイナンバー)は、「\*」の印字のない方は、原則、全員の記入をお願いしております。新たに追加された方は記入してください。なお、患者本人が被用者保険に加入している場合は、本人と被保険者のみで結構です。被保険者および患者本人以外の扶養家族の個人番号(マイナンバー)は登録不要です。

個人番号(マイナンバー)の登録がある方は、課税証明書の提出を省略できます。

10

「受診者(患者)」の住所と異なる送付先に新しい受給者証の送付を希望される場合は、こちらに記入をしてください。

なお、申請者の電話番号に連絡が取れない場合は、こちらの番号に電話をすることがありますのでご了承ください。

記入方法についてのお問い合わせ先は、「滋賀県 受給者証更新コールセンター」まで

077-528-3669 (月～金(祝日除く)) 午前9:00～午後5:00