

特定医療費支給認定申請書(新規・更新)

受給者番号

患者	フリガナ			性別	生年月日 (年齢)	年 月 日 (満 歳)
	氏名	姓	名			
	郵便番号	-		電話番号	()	
	住所	区 町 市 村		丁目	番 号	
	(マンション名等)					
加入 医療保険等	種類	生活保護・協会・船員・日雇・組合・共済・国保・後期(退職保険者)			本人・家族	
	保険者名称	記号	番号			
		保険者番号				
後期高齢者医療被保険者証又は高齢受給者証を所持している場合の負担割合					1割・2割・3割	

↓ 患者本人が18歳未満の場合は、保護者の情報を記載してください。

(医 申 受 給 者 請 証 の 送 付 先 者)	以下に該当する場合は口に印をつけてください。		フリガナ		
	<input type="checkbox"/> 患者氏名と同じ		氏名	姓	
	<input type="checkbox"/> 患者住所・電話番号と同じ			名	
	患者との続柄 ※いずれかの口に印をつけてください。		<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> その他()		
	郵便番号	-		電話番号	()
住所	都 府 区 町 道 県 市 村		丁目	番 号	
(マンション名等)					

病名等 の 情 報	病名	①	②	③	
		④	⑤	⑥	
	その他 申請情報 該当する場合は口に 印をつけてください。	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器を使用している			
		<input type="checkbox"/> 体外式補助人工心臓を使用している			
		<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病の医療費助成も受けている 当該医療費助成に係る医療受給者証を添付してください。			
【更新の場合のみ】 <input type="checkbox"/> 申請日の属する月以前の12か月の間に、上記の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。※別に定める、医療機関の療養証明を添付してください。					
<input type="checkbox"/> 申請日の属する月以前の12か月の間に、上記の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。※別に定める、医療機関の療養証明を添付してください。					
【有効期限が平成26年12月31日までの難病の医療券をお持ちだった方のみ】 <input type="checkbox"/> 重症認定を申請する。 ※別に定める診断書を添付してください。					

診断書の利用 についての同意 どちらかの口に印をつけてください。	本申請書の内容及び本申請書に添付した診断書に記載された検査結果等を治療研究その他難病患者支援のための基礎資料として厚生労働省及び東京都並びに区市町村に提供することに同意する。
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

本申請書に記載のとおり申請します。
平成 年 月 日 申請者氏名 _____

東京都知事 殿

世帯に関する 情報	患者と同じ医療保険に 加入している者	氏名		患者との続柄		
		氏名		患者との続柄		
		氏名		患者との続柄		
		氏名		患者との続柄		
		氏名		患者との続柄		
	上記の者のうち 右に該当している者	難病の医療費助成を受けている者	フリガナ		生年月日	年 月 日
			氏名		受給者番号	
		小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている者	フリガナ		生年月日	年 月 日
			氏名		受給者番号	
			フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名		受給者番号			

↓ 所在地欄の都道府県名は必ず記載してください。

受診を希望する 医療機関等	①	種別	<input type="checkbox"/> 病院・診療所 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 訪問看護事業所 ※いずれかの口に印をつけてください。		
		名称			
		利用状況	回 / 1か月		
	②	所在地	都 道 府 県		
		種別	<input type="checkbox"/> 病院・診療所 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 訪問看護事業所 ※いずれかの口に印をつけてください。		
		名称			
	③	利用状況	回 / 1か月		
		所在地	都 道 府 県		
		種別	<input type="checkbox"/> 病院・診療所 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 訪問看護事業所 ※いずれかの口に印をつけてください。		
	名称				
	利用状況	回 / 1か月			
	所在地	都 道 府 県			

その他	介護認定	無・有(要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)	身体障害者手帳	無・有(級)
	医療処置	無・有(人工呼吸器・吸引器・気管切開・酸素・胃ろう・経管栄養)		
	生活・療養の状況	1. 生活のほぼ全てに介助が必要 2. 生活の一部(歩行・食事・入浴・排泄)に介助が必要 3. 介助不要 ア. 就労 イ. 就学 ウ. 自宅療養 エ. 入院(医療機関名:) オ. その他施設入所(施設名:)		

【御確認ください。】
本申請書の内容及び本申請書に添付された診断書については、患者の方が良質かつ適切な医療を受けられるよう、患者の方の同意の下に厚生労働省や東京都、区市町村の研究事業その他難病患者の方の支援のための基礎資料として使用することとしています。
使用の際は、個人情報の保護に十分配慮し、上記以外の目的には一切使用することはありません。
なお、治療研究において更に御協力をお願いする場合は、それぞれの研究者から主治医を介して説明が行われ、改めて同意の有無を御確認いたします。

收受印押印欄