

様式第1号(表面)

特定疾患医療受給者証交付申請書						
受給者	受給者番号 (新規申請の場合は不要)				1 新規      2 継続	
	ふりがな氏名				性別      男      女	
	生年月日	年      月      日				
	住所	(電話      )				
	加入医療保険	保険者等の名称			保険者番号	
被保険者氏名				被保険者の記号・番号		
保険種別		健保組合(本・家)      政管健保(本・家)      国保(一般・退本・退家)      後期高齢      船員(本・家)      共済組合(本・家)				
申請者	氏名				受給者との続柄	
	住所	(電話      )				
生計中心者	氏名				受給者との続柄	
	住所	(電話      )				
	今回申請する受給者以外に既に同一生計内で受給者証の交付を受けている者	有(氏名      ) 無		受給者番号		
病名						
医療機関						
(注) 特定疾患意見書の研究利用についての同意	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、個人情報保護のもと、提出した特定疾患意見書が保健所における保健指導(集団保健指導を含む。)の基礎資料及び厚生労働科学研究において、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、裏面を御覧ください。)					
<p>(注) 他の法令の規定により国又は地方公共団体の負担による医療に関する給付が行われる方は事業対象者から除かれます。</p> <p>上記のとおり、特定疾患意見書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。</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p> <p style="text-align: center;">年      月      日</p> <p style="text-align: center;">広島県知事様</p>						

- 添付資料 1 特定疾患意見書 2 世帯全員の住民票の写し 3 医療保険の資格情報が確認できる資料  
 4 生計中心者の所得税額等に関する状況を確認することができる書類の写し  
 5 扶養親族申告書(生計中心者の方で、19歳未満の扶養親族がいる方のみ必要)(様式第17号)

災害時支援に係る市町への情報提供について

災害時の支援を目的として、広島県に対し、住所地の市町又は住所地の災害時要援護者避難支援対策関係者から要請があった場合は、当該市町又は当該関係者へ個人情報(受給者の氏名、住所、電話番号、生年月日及び申請者の氏名、住所、電話番号)を提供することに同意しますか。

はい      ・      いいえ

(裏面)

＜特定疾患意見書の研究利用についての同意について＞

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、患者の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特定疾患意見書は、保健所における保健指導（集団保健指導を含む。）及び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、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ください。

また、特定疾患意見書の使用に当たっては、個人情報の保護に十分配慮し、目的以外には一切使用されることはありません。

なお、この同意は、添付された特定疾患意見書を保健所における保健指導（集団保健指導を含む。）及び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。

注 保健所とは、患者さんのお住まいの地域を管轄している広島県、広島市、福山市及び呉市の設置する保健所です。