**記入例**



**ア**

**オ**

**エ**

**イ**

**ウ**

**１枚目表の記入例**



**カ**

**１枚目裏の記入例**



**２枚目表の記入例**

**ク**

**キ**



**３枚目表の記入例**

**ケ**

|  |  |
| --- | --- |
| **ア** | 受診者（患者）の情報（氏名、生年月日、住所、電話番号、加入医療保険等）を記入してください。  加入医療保険等欄は医療保険の資格情報が確認できる資料（「健康保険証」又は「資格情報のお知らせ」もしくは「資格確認書」の写し等）を確認して記入してください。 |
| **イ** | 申請者が患者でない場合のみ☑及び記入が必要です。  ・保護者（患者が１８歳未満の場合）又は成年後見人等の法定代理人。  ・患者から委任を受けた方。  　※患者が１８歳未満の場合は、原則として保護者が申請者となります。 |
| **※ア・イ共通　医療受給者証の送付先（「１受診者（患者）」又は「２申請者」）のいずれかに☑が必要です。** | |
| **ウ** | 指定医が作成した臨床調査個人表（診断書）の疾病名または疾病番号をご記入ください。 |
| **エ** | 人工呼吸器又は体外式補助人工心臓を装着されている方が記入する項目です。  該当する方のみ☑をしてください。 |
| **オ** | ウの疾病に係る治療において、申請日を含む月以前の12か月以内に医療費総額（10割）が33,330円を超える月数が既に３か月以上ある方(軽症高額該当)のみ☑をしてください。 |
| **カ** | 臨床調査個人票の研究利用について、同意書に関する説明をお読みいただき、同意される場合は、年月日（申請書記載日）を記入した上で、記名をお願いします。 |
| **キ** | 申し立て欄につきまして、該当の有無について☑もしくは、⑥【その他】欄に申立内容をご記載下さい。  申し立てが無い場合には、【申し立てなし】に☑をして下さい。 |
|  | ①【医療保険の資格情報が確認できる資料（「健康保険証」又は「資格情報のお知らせ」もしくは「資格確認書」の写し等）の提出省略１】  世帯全体の住民票のなかで、患者と同じ健康保険に加入している方の、患者以外の医療保険の資格情報が確認できる資料の添付を省略する場合（市町村国民健康保険等） |
|  | ②【医療保険の資格情報が確認できる資料（「健康保険証」又は「資格情報のお知らせ」もしくは「資格確認書」の写し等）の提出省略2】  世帯全体の住民票のなかで、患者と同じ健康保険に加入しえない方の医療保険の資格情報が確認できる資料の添付を省略する場合（患者が国民健康保険加入者で、他の家族が75歳以上で後期高齢医療保険に加入している場合等） |
|  | ③【所得証明書類】  会社等で配布される、市町村民税特別徴収税額決定通知書を課税証明書の代わりに提出する方（社会保険被保険者が非課税の場合や、業種別国民健康保険組合加入者は除く）で、その通知書に記載の合計所得金額以外に所得や年金等の収入等がない場合 |
|  | ④【上位所得】  月額自己負担額算定のための課税証明書を提出しないため、上位階層（D：月額自己負担額30,000円）を了承されるとき（業種別国民健康保険組合加入者は申立による課税証明書の提出の省略はできません。） |
|  | ⑤【支給認定基準世帯員が全員非課税かつ受信者本人の収入金額が80万円以下】  受信者本人の所得証明書類、収入確認書類等、提出いただいた書類以外に所得や年金等の収入がない場合 |
| **ク** | 次の①又は②に該当する場合にご記入ください。  ① 患者と同じ健康保険の加入者に特定医療費（指定難病）受給者がいる場合  ② 患者又は患者と同じ健康保険に加入されている方に小児慢性特定疾病医療の受給者がいる場合  なお、受給者番号欄は、「特定医療費（指定難病）受給者証」又は「小児慢性特定医療費医療受給者証」をご覧いただきながら記入してください。（申請中の場合は、受診者の生年月日と疾病名を記入の上、○月○日申請中とお書きください。） |
| **ケ** | 受診者のマイナンバー（個人番号）を記載ください。マイナンバー連携による一部書類省略を希望する場合は、支給認定基準世帯員の個人番号の記載も必要です。支給認定基準世帯員の個人番号は、申請者が個人番号カード等で確認しながら間違いがないよう自己の責任で記載してください。  なお、業種別国民健康保険組合加入者・被用者保険非課税の方は、課税証明書の省略はできませんのでご注意ください。また税未申告の方については、課税証明書の省略をする場合申告後申請ください。 |