

記載例

| 特定医療費支給認定(変更認定)申請書 | | | | | | | | | | 生年月日は西暦、和暦いずれでも可 (例：19〇〇年、昭和〇〇年) | | | | | |
|---|--|--|--|----|------------------|---|---------------------------------|---|-------|-------------------------------------|-------|---|---|------|---------------|
| 申請の区分 | | <input type="checkbox"/> 新規 <input checked="" type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 変更 | | | 医療受給者証の 受給者番号 | | | | | | | | | | |
| 受診者 | フリガナ | アオモリ タロウ | | | | | | | 年 | | 生年月日 | | | | |
| | 氏名 | 青森 太郎 | | | | | | | 歳 | | 年 月 日 | | | | |
| | 個人番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 1 | 2 | 電話番号 | 000-0000-0000 |
| | 居住地 | 〒 030-0000 青森県 〇〇市〇〇1丁目1-1 | | | | | | | | | | | | | |
| 加入医療保険 | 保険者名 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 保険種別 | <input type="checkbox"/> けんぽ <input type="checkbox"/> 健組 <input type="checkbox"/> 共済 <input checked="" type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 国組 | | | | | 被保険者証 記号・番号 | | | | | | | | |
| 保護者 | フリガナ | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | 保険証を見て保険者の「名称」 か「交付者」を記入 | | | | | | | | | | | | | |
| | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請に係る 指定難病の病名 | | 〇〇病 | | | | | | | | | | | | | |
| 自己負担上限 月額の特例 | | <input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着 <input type="checkbox"/> 軽症者特例 | | | | | <input type="checkbox"/> 高額かつ長期 | | | | | | | | |
| 受診者と同じ医療保険に加入している 指定難病又は小児慢性特定疾病の 医療費助成を受けている者又は申請 中の者 | | <input type="checkbox"/> 難 <input type="checkbox"/> 小 | | 氏名 | | | 受診者との 続柄 | | 受給者番号 | | | | | | |
| 希望する指定 医療機関 | 医療機関名 | | | | | | | 所在地 | | | | | | | |
| | 〇〇病院 〇〇クリニック 〇〇調剤薬局 〇〇訪問看護ステーション | | | | | | | 希望する指定医療機関の 所在地は、市区町村名まで の記入で構いません。 | | | | | | | |
| 支給開始 年月日等 | 特定医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日 年 月 日 (更新申請の場合は原則記入不要) (特定医療費の支給を開始する年月日) 満たす必要があります) | | | | | | | | | | | | | | |
| | ①「指定医が重症度分類 ② 申請日から3か月前 申請日から1か月以上 前の支給開始が適当で ある理由 | | 又は「軽症高額の基準を満たした日の翌日」以降であること 申請日から1か月以上前とする場合は下の理由欄も記載) | | | | | | | | | | | | |
| 申請者は、受診者(又は受診者が 18歳未満の場合は保護者)です。 | | 申請者氏名 (受診者又は保護者) 青森 太郎 〇年 〇月 〇日 青森県知事 殿 | | | | | | | | | | | | | |
| 申請の 手続の 委任 | 私は、この申請に係る書類の提出及び受領 申請者 に関する権限を次の代理人に委任します。 氏名 青森 太郎 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 代理人氏名 青森 一郎 (申請者との関係) 長男 〒 〇〇〇〇〇 - 〇〇〇〇〇〇 代理人住所 〇〇県〇〇市〇〇1丁目1-1 | | 受診者(又は保護者)以外の方に書類の提出 と医療受給者証の受領に関する権限を委任す る場合は、こちらへ記入してください。 | | | | | | | | | | | | |
| 階層区分(県記入欄) | | 生保・低1・低2・一般1・ | | | | | | | | | | | | | |
| 自己負担上限月額の特例(県記入欄) | | 人工呼吸器等装着・高額かつ長 | | | | | | | | | | | | | |
| 本人確認(県記入欄) | | 年 月 日(職・氏名) | | | | | 確認方法: 窓口提示・写し提出・住基端末 | | | | | | | | |

(裏面も記入してください。)

世帯調書（記載を要する世帯員は加入医療保険により異なります。詳しくは下記の注7を御確認ください。）

| 氏名 | 受診者との続柄 | 個人番号 | | | | | | | | | | | 医療保険の種別 | | | |
|-------|---------|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--------------------------------|--|-------------------------------|-----------------------------|
| 青森 太郎 | 本人 | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> 協会けんぽ | <input type="checkbox"/> 健組 | <input type="checkbox"/> 共済 | |
| 青森 花子 | 妻 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> 国保 | <input type="checkbox"/> 後期高齢 | <input type="checkbox"/> 国組 |
| | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> 協会けんぽ | <input type="checkbox"/> 健組 | <input type="checkbox"/> 共済 |
| | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> 国保 | <input type="checkbox"/> 後期高齢 | <input type="checkbox"/> 国組 |
| | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> 協会けんぽ | <input type="checkbox"/> 健組 | <input type="checkbox"/> 共済 |
| | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> 国保 | <input type="checkbox"/> 後期高齢 | <input type="checkbox"/> 国組 |
| | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> 協会けんぽ | <input type="checkbox"/> 健組 | <input type="checkbox"/> 共済 |
| | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> 国保 | <input type="checkbox"/> 後期高齢 | <input type="checkbox"/> 国組 |
| | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> 協会けんぽ | <input type="checkbox"/> 健組 | <input type="checkbox"/> 共済 |
| | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> 国保 | <input type="checkbox"/> 後期高齢 | <input type="checkbox"/> 国組 |

記載を要する世帯員は、医療保険証の写しの提出が必要となる方のみです（加入医療保険が異なる方については記入しないでください）。
なお、個人番号は前回の申請で記入した方は記載不要です。

記入する際は注意書きをお読みになってください。

- 注1 該当する口には、レ印を記入すること。
- 2 「更新」とは、支給認定を受けたことがある受診者又は保護者が、当該支給認定に係る指定難病と同一の指定難病について、当該支給認定の有効期間中に再度支給認定を申請する場合をいう。
 - 3 「受診者」とは、指定難病の患者をいう。
 - 4 「保護者」の欄は、受診者の保護者が申請を行う場合に記入すること。
 - 5 「医療受給者証の受給者番号」の欄は、更新又は変更の申請の場合に記入すること。
 - 6 「自己負担上限月額の特例」の欄については、次により、該当する口にレ印を記入すること。
 - イ 「人工呼吸器等装着」 受診者が「人工呼吸器その他の生命の維持に欠くことができない装置を装着していることについて特別の配慮を必要とする者」として、次の①及び②の両方の要件を満たす者である場合
 - ① 継続して常時生命維持管理装置を装着する必要がある者であること。
 - ② 日常生活動作が著しく制限されている者であること。
 - ロ 「高額かつ長期」 受診者が「費用が高額な治療を長期間にわたり継続しなければならない者」として、指定難病に係る月ごとの医療費総額が5万円を超える月が年間6回以上ある者である場合
 - ハ 「軽症者特例」 受診者が軽症者で、指定難病に係る月ごとの医療費総額が33,330円を超える月が年間3回以上あるものである場合又はそれに準ずるものとして厚生労働大臣が定める場合
 - 7 「世帯調書」の欄には、受診者の加入している医療保険が国民健康保険又は後期高齢者医療である場合は、受診者及び受診者と同じ医療保険に加入する者（受診者と同一の世帯に属する者に限る。）を記載し、受診者の加入している医療保険が国民健康保険及び後期高齢者医療以外である場合は、受診者及び受診者と同じ医療保険の被保険者（被扶養者を除く。）を記載すること。また、保護者が後期高齢者医療の被保険者である場合（受診者の加入している医療保険が国民健康保険である場合に限る。）は、保護者も記載すること。
 - 8 「申請の手の委任」の欄は、支給認定（支給認定の変更の認定）の申請に係る書類の提出及び受領に関する権限を委任する場合に記載すること。
 - 9 変更の申請の場合は、「受診者」及び「保護者」の欄に記入するほか、変更となる事項の欄に変更後の内容を記入すること。
 - 10 用紙の大きさは、日本産業規格A4縦長とする。