

特定医療受給者の方へのお願い

下の太枠内に氏名等を記入し、受給者証を添えて医療機関へ提示してください

【特定医療受給者記入欄】

フリガナ		生年月日	性	男	年	
受給者氏名		明・大・昭・平 年 月 日	別	・女	齢	歳
住所	〒 【電話番号】					

指定医療機関の方へのお願い

指定難病 特定医療受給者証 更新手続き連絡票

- ①この連絡票及び受給者証を確認されましたら、受給者証（原本）のみ患者へお返しください。
- ②青森県においては、更新手続きに係る「臨床調査個人票（診断書）」を特定医療受給者の方々へ送付しておりませんので、特定医療受給者から臨床調査個人票の作成依頼があった際は、疾病名を御確認の上、厚生労働省ホームページから臨床調査個人票をダウンロードして、作成して下さるよう御理解と御協力をお願い申し上げます。
なお、ダウンロードによる入手が困難な場合等は、下記の保健所へ御連絡ください。

【厚生労働省ホームページ】

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000084783.html>

【注意事項】

平成30年4月から臨床調査個人票の様式が一部改正されていますので、新様式により作成してください。（※平成30年4月以降、様式の改正はありません。）

【参考通知】

平成30年3月26日青保第2515号難病指定医療機関の長あて青森県健康福祉部保健衛生課長通知
「指定難病の追加及び診断基準、重症度分類、臨床調査個人票様式の一部改正等について」

担当：〇〇地域県民局地域健康福祉部保健総室（〇〇保健所）

健康増進課 △△

電話

FAX