

特定医療費（指定難病）支給認定申請書【更新】

様式集①

(1) 患者情報

①～③の患者情報について変更の有無に☑してください

①住所・氏名	住所・氏名変更の有無・・・・・・・・・・・・・・・・	<input type="checkbox"/> 有	☑有の場合 は裏面へ→
		<input type="checkbox"/> 無	
〒			
<small>(18歳未満の場合のみ) 保護者の住所・氏名</small>			
②電話番号	電話番号変更の有無・・・・・・・・・・・・・・・・	<input type="checkbox"/> 有	☑有の場合 は裏面へ→
	(主) (副)	<input type="checkbox"/> 無	
③保険証	保険変更の有無・・・・・・・・・・・・・・・・	<input type="checkbox"/> 有	☑有の場合 は裏面へ→
	(保険者名) (記号・番号)	<input type="checkbox"/> 無	

(2) 軽減措置

④～⑥の軽減措置を申請する場合は☑してください

④高額かつ長期	過去12か月分の自己負担上限月額管理票で総医療費（月額）の合計が50,001円以上の月が6回以上ある場合	<input type="checkbox"/>	保健所欄
⑤人工呼吸器等装着者	常時、人工呼吸器（又は体外式補助人工心臓）を装着している場合	<input type="checkbox"/>	
⑥世帯按分	指定難病または小児慢性受給者証を持つ患者と同じ医療保険に加入している家族がいる場合または患者本人が指定難病とは別の疾病の小児慢性受給者証を持っている場合	<input type="checkbox"/>	

(3) 同意事項【任意】

⑦～⑩に同意する場合は☑または記名してください

⑦軽症者特例	臨床調査個人票の審査で重症度基準に満たない場合、軽症者特例で再審査を行うことに同意する（詳細は別冊②「制度解説」参照）	<input type="checkbox"/> 同意する
⑧医療機関への照会	臨床調査個人票の記載内容に不備等があった場合、宮城県から医療機関に直接質問等を行うことに同意する	<input type="checkbox"/> 同意する
⑨講演会情報	指定難病の講演会等の案内およびその目的に必要な範囲内で、宮城県が患者情報を利用することに同意する	<input type="checkbox"/> 同意する
⑩研究への利用 (厚生労働大臣あて)	臨床調査個人票の情報が(1)厚生労働省のデータベースに登録されること(2)研究機関等の第三者に提供され指定難病に関する創薬の研究開発等に利用されることに同意する 令和8年 月 日(同意しない場合は署名不要) 患者署名： (※代理人署名：)	

(4) 受給者証の送付先について

更新後の受給者証は、患者（または保護者）の住所宛てに送付します。別の宛先への送付を希望する場合は裏面に記入してください。

○変更がある場合のみ記入（変更がない場合は記入不要）

①変更後の住所・氏名	(変更後の住所) 〒 —		
	(変更後の氏名・フリガナ)		
(18歳未満の場合のみ) 変更後の保護者の住所・氏名			
②変更後の電話番号	電話番号（主）		
	電話番号（副）		
③変更後の保険証	保険者名		保険者番号
	被保険者氏名		
	記号・番号（枝番）	記号	番号（枝番）

○患者（保護者）の住所とは別の宛先に受給者証の送付を希望する場合のみ記入（希望しない場合は記入不要）

別送先住所	〒 —		
別送先氏名			
患者との続柄		電話番号	

保健所使用欄

更新前の受給者証と同じ疾病番号の臨床調査個人票が提出されていることを必ず確認（切替・追加・減少がある場合は☑）

必須項目	疾病番号（告示番号）	主		副1		副2		副3		<input type="checkbox"/> 疾病切替 <input type="checkbox"/> 疾病追加 <input type="checkbox"/> 疾病減少
	臨床調査個人票の様式	<input type="checkbox"/> 更新	※☑新規の場合は原則訂正を依頼（重症度分類に関する事項および日付が全て記載されていない場合は審査不可）							(疾病切替、追加がある場合は定例進達が必要)
	MN照会	<input type="checkbox"/> 課税証明書のみ <input type="checkbox"/> 保険証のみ <input type="checkbox"/> 両方								※「みなし世帯員(み)」の保険証はMN照会不要 (MN照会無しで階層判定可能な場合は☑せず一般簿冊へ)
	ペーパー該当	<input type="checkbox"/> ペーパー該当								
	世帯按分	種別	受給者番号		受給者名		判定○・×			
任意項目	添付資料	<input type="checkbox"/> 臨床調査個人票 <input type="checkbox"/> 世帯調書 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 保険情報（☑マイ確認書） <input type="checkbox"/> 課税証明書等（☑マイ確認書） <input type="checkbox"/> マイナンバー確認書類 <input type="checkbox"/> 受給者証のコピー <input type="checkbox"/> 生活保護受給証のコピー 【住民税非課税】 <input type="checkbox"/> 非課税収入申告書 <input type="checkbox"/> 非課税収入証明書類 【生保切替】 <input type="checkbox"/> 保護受給者証・証明書等 <input type="checkbox"/> 廃止通知書 【高額かつ長期】 <input type="checkbox"/> 自己負担上限月額管理票 【世帯按分】 <input type="checkbox"/> 按分対象者の受給者証 【上位所得】 <input type="checkbox"/> D同意書								
		定例進達	<input type="checkbox"/> 保険変更 <input type="checkbox"/> 上限月額 <input type="checkbox"/> 高額かつ長期 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着者 <input type="checkbox"/> 世帯按分 <input type="checkbox"/> 生保切替（ <input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 廃止） <input type="checkbox"/> 疾病追加 <input type="checkbox"/> 疾病切替							