

特定疾患医療受給者票交付申請書（新規・転入者用）



受給者	フリガナ氏名				性別	男・女
	生年月日	年 月 日 (才)				
	住所	〒 電話 () -				
	加入医療保険	被保険者氏名				受給者との続柄 ()
保険種別 (いずれかに○)		政・組・船・共・国・後				
被保険者証発行機関名						
病名						
申請種別						
新規			転入 (京都府への転入日)			
生計中心者氏名 (受給者の生計を主に支えている者)			受給者との続柄 ()			
他疾患の受給の有無	有・無	有の場合	公費負担者番号			
			受給者番号			
告知事項	同一生計内に2人以上の特定疾患患者が いる・いない (いずれかに○)					
	(おられる場合)		受給者番号		氏名	
(注) 臨床調査個人票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、提出した臨床調査個人票が厚生労働省の厚生労働科学研究において、個人情報保護のもと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、裏面をご覧ください。)				
上記のとおり、臨床調査個人票の研究利用について同意し、特定疾患医療受給者票の交付を申請します。						
年 月 日						
京都府知事 様						
(〒 -)						
申請者 住所						
氏名						
受給者との続柄 ()						
電話 () -						
※ 承認された場合、受給者あてに受給者票を送付させていただいております。 受給者の住所地以外に送付を希望される場合は、下欄に送付先を記入してください。						
送付先住所		〒				
あて先氏名		電話				

※事務処理欄（記入しないでください。）

公費負担者番号	6013・6021	受給者番号	
自己負担区分	A B C D E F G	1 (世帯員) 2 (生計中心者) 3 (複数)	

〈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臨床調査個人票は、厚生労働省の厚生労働科学研究難治性疾患克服研究事業特定疾患調査研究班において、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票の交付申請を行ってください。

また、臨床調査個人票の使用に当たっては、個人情報の保護に十分配慮し、研究以外の目的には一切使用されることはありません。

なお、この同意は、添付された臨床調査個人票を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、特定疾患調査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、それぞれの研究者や主治医から説明が行われ、同意を得ることとされています。

- 1 申請書は、必要書類一式を添付して速やかに保健所に提出してください。
- 2 認定された場合は、公費負担は保健所等で受理された日が開始日となります。