

特定医療費（指定難病）支給認定申請書

新規

更新

※新規、更新のいずれかに○を付すること

受診者	受給者番号 <small>(※更新申請時のみ記入)</small>											
	フリガナ	エヒメ タロウ				性別	男・女	年齢	5 2 歳	生年月日		
	氏名	愛媛 太郎				性別	男	年齢	5 2 歳	昭和 42 年 4 月 1 日		
	居住地	〒 790-8570 松山市一番町四丁目 4 番地 2						電話番号	089-941-2111			
	加入医療保険	フリガナ	エヒメ タロウ				受診者との続柄	本人				
<input type="checkbox"/> 生活保護受給者 <input type="checkbox"/> 加入あり <small>(右欄も記入)</small> <input type="checkbox"/> 加入なし <small>(該当する場合レ印)</small>	被保険者氏名	愛媛 太郎				被保険者証の記号・番号	〇〇 〇〇					
	保険種別	<input type="checkbox"/> 協管本人 <input type="checkbox"/> 協管家族 <input type="checkbox"/> 健組本人 <input type="checkbox"/> 健組家族	<input type="checkbox"/> 共済本人 <input type="checkbox"/> 共済家族 <input type="checkbox"/> 船員保険	<input checked="" type="checkbox"/> 国保一般 <input type="checkbox"/> 国保退職 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢								
	被保険者証発行機関名	〇〇〇〇〇										
指定難病 <small>(該当するものにレ印)</small>	病名：〇〇〇〇〇〇											
自己負担上限額 <small>(該当するものにレ印)</small>	<input type="checkbox"/>	軽症高額該当	申請日の属する月以前の12か月の間に、指定難病に関する月ごとの医療費総額が、33,330円を超える月が3回以上あった。									
	<input type="checkbox"/>	高額かつ長期	申請日の属する月以前の12か月の間に、指定難病に関する月ごとの医療費総額が、50,000円を超える月が6回以上あった。									
	<input type="checkbox"/>	現在認定を受けている難病以外の疾病で小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている又は申請中である。										
	<input checked="" type="checkbox"/>	今回申請する受診者と同一医療保険の世帯内に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	受給者番号	1	2	3	4	5	6	7	(難病・小慢)	
		氏名	愛媛 次郎									
		受給者番号	(難病・小慢)									
		氏名										
臨床調査個人票を作成した医療機関 <small>(記載の医療機関以外でも指定医療機関であれば、医療費の助成を受けることができます。)</small>	医療機関名					所在地						
	〇 〇 〇 〇 〇 〇 病院					松山市〇町〇番〇号						
愛媛県知事 様											令和〇〇年〇〇月〇〇日	
居住地												
申請者												
氏名 愛媛 太郎											Ⓜ	
(受診者との続柄 本人)												
電話番号												
<small>※自署の場合は押印不要          ※居住地と電話番号は受診者本人と異なる場合のみ記入          ※受診者本人又は保護者以外の場合は、委任状が必要</small>												



特定医療費（指定難病）支給認定申請に係る 個人番号（マイナンバー）調書

- ① 提供が必要な個人番号(マイナンバー)  
 受診者ご本人の個人番号(マイナンバー)を記入してください。  
 また、マイナンバーの確認書類が必要です。郵送の場合はコピーを同封してください。

受診者	受給者番号 <small>(※更新申請時のみ記入)</small>												
	フリガナ	エヒメ タロウ											
	氏名	愛媛 太郎											
	個人番号 <small>(マイナンバー)</small>	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

受診者及び支給認定基準世帯員（受診者と同じ医療保険に加入する方）について記入してください。（受診者が被用者保険に加入している場合は、被保険者のみ記入）

受診者と同じ医療保険に加入している方	氏名	続柄	個人番号（マイナンバー）												
	エヒメ ハナコ 愛媛 花子	妻	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
エヒメ イチロウ 愛媛 一郎	長男	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
エヒメ ジロウ 愛媛 次郎	次男	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

※ 受診者が18歳未満で、申請者（保護者）が市民税非課税の場合、申請者（保護者）の配偶者の医療保険が異なる場合でも、配偶者の個人番号を記入してください。

- ② 代理人への委任について
- ・代理人が窓口へ直接提出する場合は下の各欄に記入してください。
  - ・自筆、代筆に関わらず申請者の押印が必要です。

代理人	フリガナ			性別	生年月日	
	氏名				年 月 日	
	住所					
申請者委任者	個人番号の提出を上記の者に委任します。					
	フリガナ			性別	生年月日	
	氏名			(印)	年 月 日	
	住所					

〔保健所記入欄〕

申請者の本人確認	1つで可	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他 (                      )				
	2つ以上	<input type="checkbox"/> 医療保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 医療受給者証 (                      ) <input type="checkbox"/> その他 (                      )				
受診者等の番号確認	<input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 (個人番号付き) <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他 (                      )					

## 同意書

特定医療費の支給（特定疾患治療研究事業に係る医療の給付）を受けるに当たり必要があるときは、私の医療保険上の所得区分に関する情報につき、愛媛県が私の加入する医療保険者に報告を求めることに同意します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

愛媛県知事 様

住所 松山市一番町四丁目4番地2

氏名 愛媛 太郎

印

(自署の場合は押印不要)

法定代理人

住所

氏名

印

(本人との続柄： ) (自署の場合は押印不要)

## 【記入上の注意事項】

- 患者本人の住所、氏名をご記入ください。
- 患者が20歳未満等の場合は、法定代理人欄に保護者等の住所、氏名、本人との続柄もご記入ください。

※記入不要（愛媛県記載欄）

--	--	--	--	--	--	--	--

様式第2号の1

受給者番号  
※保健所記載欄

## 令和〇〇年〇〇月分 医療費申告書

住 所 松山市一番町4-4-2

氏 名 愛媛 太郎

指定難病である 〇〇〇〇〇〇 ※に係る医療費については、下記のとおりです。

※ かかっている疾病名をご記入ください。

受診日	病院・薬局などの名称	医療費の内訳	
		治療内容・ 医療品名など	かかった医療費(円) (10割分)
令和〇年〇月〇日	〇〇病院	〇〇〇〇	3,000
令和〇年〇月〇日	△△薬局	〇〇〇〇	18,000
令和〇年〇月〇日	□□病院	〇〇〇〇	4,000
令和〇年〇月〇日	△△薬局	〇〇〇〇	12,000
日			
日			
日			
日			
日			
日			
合 計			37,000

※かかった医療費が確認できる領収書等を添付してください。

○この申請書に記載する医療費は、記載している指定難病及び当該指定難病に付随して発生する傷病に関する医療費に限ります。

○医療費について、「軽症高額概当」を理由として申請しようとする方は33,330円を超えることが分かる範囲までご金融頂くことで差し支えありません。

○この申告書、領収書等に不明な点がある場合は、その内容について医療機関に県から照会する場合がありますので、ご了承ください。

受給者番号  
※保健所記載欄

難病医療費助成に係る医療費総額の療養証明書

氏名	愛媛 太郎	生年月日	昭和42年4月1日
疾病名	○○○○○○		

申請中又は支給認定を受けている指定難病名を記載

算定期間	令和○○年○月○日から 令和○○年○月○日までの間	
診療・調剤 介護給付※ 年 月	診療・調剤等費の医療費総額 (円)	備考
令和○年○月	100,000円	保険適用後の自己負担額ではなく、医療費総額を記載
令和○年○月	100,000円	
令和○年○月	100,000円	
年 月		
年 月		
年 月		
合計	300,000円	

※難病の医療費助成制度の給付対象となる介護保険サービスのみ。

上記のと通りの医療費総額であることを証明します。 令和○○年 ○○月 ○○日

(医療機関等)

「軽症高額該当」の要件

「高額かつ長期」の要件

名称 ○○○○○○病院  
 所在地 松山市○○○町○番○号  
 管理者名 ○○ ○○ (印)  
 電話番号 ○○○-○○○-○○○○

医療機関の方へ

この証明書は、難病の医療費助成制度の対象となる疾病に罹患した患者の方に対して、一定以上の医療費総額がかかっていることを確認するための書類です。

①難病の医療費助成の支給要件である診断基準を満たし、重症度分類を満たさない方で、月ごとの当該難病にかかる医療費総額が33,330円を超える月が申請日以前の12か月のうちの期間に、3か月以上ある方は、支給認定を行います。

②既に認定された方で、月ごとの当該難病にかかる医療費総額が5万円を超える月が、申請しようとする月以前の12か月のうちの期間に、6か月以上ある方で、現在一般所得I(C1)以上の方は、自己負担上限月額が軽減されることがあります。

(注) 難病医療費助成の対象となる医療・介護保険サービスにかかる費用のみ記載ください。

**【記入上の注意事項】**

- ・これは医療機関が作成するものです。要件を満たす場合のみ医療機関に作成を依頼してください（要件を満たさない場合は、作成いただく必要はありません。）。
- ・申請中又は支給認定を受けている指定難病にかかる医療費のみが対象です。その他の疾病にかかった医療費は記載不要です。
- ・医療費は保険適用後の自己負担額のみではなく総額の記載が必要です。
- ・複数の医療機関（病院、薬局等）でかかった医療費を合算すると要件を満たす場合は、それぞれの医療機関に作成を依頼してください。ただし、1箇所の医療機関が作成したもののみで要件を満たすことが確認できる場合は、全ての医療機関に作成を依頼する必要はありません。