

受給者番号	
-------	--

特定疾患対象患者認定申請書（ 新規 ・ 更新 ）

対象患者 (受給者)	フリガナ		性別		
	氏名				
	生年月日				
	住所	〒 -			
	電話番号				
	加入 医療保険	保険種別番号	被保険者氏名	対象患者との続柄	
		保険者名	被保険者証の記号・番号		
	病名			疾患群	
申請者	氏名		対象患者との続柄	<input type="checkbox"/> 対象患者本人 <input type="checkbox"/> 代理人（受給者の）	
	住所	〒 - 住所及び電話番号は、申請者が対象患者本人の場合は記載不要			
	電話番号	() -			
医療機関	名称		コード		
	所在地				
(注) 臨床調査個人票の研究利用について同意		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証の交付を申請します。					
岐阜県知事 様					
令和 年 月 日					
申請者氏名 _____					
受給者証(又は不承認通知)送付先 <input type="checkbox"/> 対象患者住所 <input type="checkbox"/> 代理人住所 <input type="checkbox"/> 下記へ送付					
〒 -					

- 注) 1 太線の枠内を消せないボールペンで記載してください。 《電話番号》
 2 □欄は、該当するものに「レ」を記載してください。
 3 申請者が対象患者の代理人である場合は、本件の申請手続きに係る対象患者からの委任状（任意様式）を添付してください。
 4 必要な書類を添付して、住所を管轄する保健所に提出してください。

保健所 使用欄	保健所名		保健所受理印
	申請受理日	令和 年 月 日	
	備考		

<同意のお願い>

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の研究班において、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証の交付申請を行って下さい。

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、臨床調査研究分野の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、それぞれの研究者から主治医を介して説明が行われ、同意を得ることとされています。

代理人（患者以外の方）が申請を行う場合は、委任状の提出が必要です。※提出の代行のみの場合は不要

委任状

岐阜県知事 様

令和 年 月 日

委任者
(患者) 住所

氏名

印

(自署又は記名押印)

私は下記の者を代理人として、特定疾患医療受給者証の交付申請に関する権限を委任します。

記

代理人

住所

〒 -

TEL

氏名

印

[委任者との関係

]

※ 代理人の方は、委任状に記載した住所・氏名の確認できる身分証明書等をご持参ください。

※ 委任状が提出された場合、受給者証は代理人あてに送付します。