

特定疾患医療受給者証(新規・更新)交付申請書

年 月 日

岡山県知事 殿

(申請者) 〒 -

審査結果		
合格	不合格	保留

住所：
氏名：
続柄：
電話番号：() -

※法定代理人（弁護士等）が申請する場合は、代理人であることが確認できる書類を提出ください。

※この欄記入不要

下記のとおり、岡山県特定疾患治療研究事業にかかる特定疾患医療受給者証の交付を申請します。

1 患者

ふりがな				男・女	生年月日	大正 年 月 日 (歳)
氏名						
住所	〒 - <input type="checkbox"/> 申請者に同じ			電話番号	() - <input type="checkbox"/> 申請者に同じ	
病名				受給者番号		
加入医療保険 ※保険証で 確認ください	被保険者	記号		保険者番号		
		番号				
	保険種別 (生保併用の場合は複数✓)			保険者名		
	<input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 生保	()市・町・村			
	<input type="checkbox"/> 被用者 (本人・家族)	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 ()支部		<input type="checkbox"/> 他：		
<input type="checkbox"/> 国保組合 (本人・家族)	()国民健康保険組合					
<input type="checkbox"/> 後期高齢	()県後期高齢者医療広域連合					

※新規申請の場合は、「受給者番号」欄の記入は不要です。

2 受診医療機関 (上記病名の治療を受ける県外医療機関があれば記入。県内医療機関は記入不要。)

名称		所在地	
名称		所在地	

3 同意事項 (本申請に関する次の項目について、同意する場合は記入をしてください。)

臨床調査個人票の研究利用についての同意	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費補助金及び厚生労働行政推進調査事業費補助金の難治性疾患政策研究事業並びに医療研究開発推進事業費補助金難治性疾患実用化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ることに同意します。 なお、この同意は、上記目的への同意であり、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。
医療機関への診断書内容等の照会についての同意	提出した臨床調査個人票等の記載内容に疑義が生じた場合に、岡山県が医療機関に直接内容を照会し、医療機関が訂正したものを申請書の添付資料として利用されることに同意します。 ※同意をされない場合、記載内容に疑義が生じた際には申請者に対して照会しますので、申請者から医療機関に対して回答書の作成を依頼していただくことになります。
審査結果提供についての同意	審査結果について、必要に応じて臨床調査個人票を記載した医療機関に対して情報を提供することに同意します。

厚生労働大臣・岡山県知事 殿

特定疾患医療費の支給を申請するにあたり、上記について同意します。

申請者氏名

個人情報の使用に当たっては、個人情報の保護に十分配慮し、上記以外の目的に使用されることは一切ありません。