

申請書記入例(おもて)

様式第3号(第3条関係)

別紙様式1-1

特定医療費(指定難病)支給認定申請書{ 更新 }

患者 (受診者)	受給者番号	1	2	3	4	5	6	7
	ふりがな	しが たろう						
	氏名	滋賀 太郎						
	住 所 (居住地)	☒ 申請者と同じ 〒						
	個人番号	2						
加入医療 保険 (裏面も記入 してください)	被保険者氏名	滋賀 太郎					患者との 続柄	本人
	保健種別	☒ 健保協会 ☐ 健保組合 ☐ 国保 ☐ 退職国保 ☐ 後期 ☐ 共済 ☐ 船員 ☐ 国保組合					3	
	保険者 名称	全国健康保険協会〇〇支部					被保険者証 記号・番号	〇〇〇-〇〇〇
病 名	〇〇〇〇、〇〇					4	疾病番号	
患者 が18 歳未 満の 場合	ふりがな						患者との 続柄	
	保護者氏名						連絡先 (電話)	
	保護者住所 (居住地)	☐ 申請者と同じ 〒						
個人番号								
自己負担上限額の 特例(該当するもの に ☒)	☐	人工呼吸器等装着					☒	高額難病治療継続者
	☐	軽症者特例					5	
(注)裏面の注意事項を参照してください								
他の指定難病での受給者証の支給の有無				有 (受給者番号)				
申請する患者と同じ世帯内で指定難病・小児慢性特定疾病の医療助成を受けており、かつ同じ医療保険に加入する者の有無				有 (氏名・受給者番号 滋賀二郎 1234567)				
特定医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日				更新申請では記載不要 【左欄が申請日から1か月以上前の年月日となっている理由】 個人票の受領に時間を要したため などにより、申請書類の準備や提出に時間を要したため 等に被災したことにより、申請書類の提出に時間を要したため ☐ その他()				
指定難病の研究を推進するため、提出した臨床調査個人票を滋賀県知事が厚生労働大臣に提供し、指定難病等の治療研究等、指定難病に係る研究および政策を立案するための基礎資料として厚生労働大臣が利用することに同意します。【同意する場合のみ、記入してください。】				申請受付年月日				
令和8年7月1日 申請者氏名 滋賀 太郎								
令和8年7月1日 申請者 住所 〒520-8577 大津市京町四丁目1番1号 氏名 滋賀 太郎 (宛先) 滋賀県知事				患者との続柄(本人) 所在地情報の秘匿希望				
ここから下の欄には記入しないでください。								
保健所記入欄	世帯の 民税課等	指定難病の治療研究等の基礎資料としての利用について、同意いただける場合は記入してください。			自己負担 月額	無	円	
加入医療保険 変更の有無	有 ・ 無	送付先 の有無	有 ・ 無	特記事項				

1
受給者番号・氏名・生年月日・氏名・連絡先をご記入ください。
住所は申請者と同じ場合、☒で省略可能です。

2
個人番号(マイナンバー)の登録をご希望の場合は、個人番号(マイナンバー)をご記入のうえ、個人番号(マイナンバー)の確認書類を添付してください。確認書類については、チェックリスト⑩をご確認ください。

3
現在加入されている医療保険の情報を記入ください。(加入している保険種別を○で囲み、保険証を参考に、保険者・記号・番号を記入)

4
複数の疾病で認定を受けている方は全ての疾病名を記入してください。

5
特例の該当の有無について、あてはまる□にチェックしてください。特例についての詳細は、同封の「よくあるご質問」10～11ページをご確認ください。

6
★ご注意ください！
記入もれが多い箇所です
該当する項目を○で囲み、受給者番号等を記入してください。

7
★ご注意ください！
記入もれが多い箇所です
申請日は書類提出日を記入してください。
申請者の「住所」、「氏名」を必ず記入してください。

【注記】記入もれの場合、追加記入が必要になる場合がありますのでご注意ください。

申請書記入例(うら)

○注意事項

- (1)人工呼吸器等装着**
継続して常時、生命維持管理装置を装着する必要がある、かつ、日常生活動作が著しく制限されている者であること。
生命維持装置のうち、人工呼吸器を装着している者について、継続して常時とは、医学的に一日中施行することが必要であって離脱の可能性がないことをいう。

(2)高額な医療が長期的に継続する患者の特例(「高額難病治療継続者」)
高額な医療が長期的に継続する患者とは、月ごとの該当する医療費総額が5万円を超える月が年間6回以上ある者であること。

(3)高額な医療を継続することが必要な軽症者の特例(「軽症者特例」)
指定難病の症状の程度が特定医療費の支給の対象とならない軽症者であっても、当該指定難病に係る医療費の総額が月額33,330円を超える月が年間3回以上ある者で、当該医療を継続する必要があるものについては、特定医療費の支給の対象となる場合があります。

上記の特例については医師による証明等、病院等の証明等の書類を添付してください。

○加入医療保険に関する事項
支給認定基準世帯員(患者と同じ医療保険に加入する者)

世帯員氏名	滋賀 花子	個人番号	oooooooooooo	受診者との続柄	配偶者
世帯員氏名		個人番号		受診者との続柄	
世帯員氏名		個人番号		受診者との続柄	
世帯員氏名		個人番号		受診者との続柄	
世帯員氏名		個人番号		受診者との続柄	

○指定医療機関に関する事項

受診を希望する 指定医療機関	医 療 機 関 等 名	所 在 地
	県庁病院	大津市京町四丁目1-1

送付先住所	〒
氏 名	本人との関係() 電話()

8

★ご注意ください！
記入もれが多い箇所です

患者(受診者)と同じ医療保険に加入している方全員をもちろん記入してください。
なお、患者本人が被用者保険に加入している場合は、被保険者のみで結構です。

※個人番号(マイナンバー)は、原則、全員の記入をお願いしております。なお、患者本人が被用者保険に加入している場合は、本人と被保険者のみで結構です。被保険者および患者本人以外の扶養家族の個人番号は登録不要です。

なお、個人番号(マイナンバー)を登録されると、原則、課税証明書の提出を省略できます。

9

受診を希望する指定医療機関(基本的には臨床調査個人票に記載した医療機関)を記載してください。

10

「受診者(患者)」の住所と異なる送付先に新しい受給者証の送付を希望される場合は、こちらに記入をしてください。

なお、申請者の電話番号に連絡が取れない場合は、こちらの番号に電話をすることがありますのでご了承ください。

記入方法についてのお問い合わせ先は、「滋賀県 受給者証更新コールセンター」まで
077-528-3669 (月～金(祝日除く)) 午前9:00～午後5:00