



### 特定疾患医療券継続交付申請書

受 診 者	疾患名			
	受診者番号		現在お持ちの医療券の種類	
	氏名	(生年月日 年 月 日)		現在の状況 1. 在宅 a 就労 b 就学 c 家庭内の生活自立 d その他 2. 入院
	住所	〒 TEL		
	加入保険	保険の種類		
		保険者番号		
	他の法令による国又は市町村等の負担による医療受給資格	有 (制度の名称: ) ・無		
	身体障害者福祉法による身体障害者手帳の交付	有 ( 級) ・無		
利用する医療機関 (変更する場合は別に申請書も記載してください。)	名 称		◎過去一年間の受療状況	
			通院(月平均 回) 入院(入院期間 ヶ月)	
			通院(月平均 回) 入院(入院期間 ヶ月)	
			通院(月平均 回) 入院(入院期間 ヶ月)	
			通院(月平均 回) 入院(入院期間 ヶ月)	
(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は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。			
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、特定疾患医療券の交付を申請します。		医療券の送付先 (申請者住所と異なる場合にご記入ください。)		
令和 年 月 日 日 干 一				
申請者 住所				
氏名		(受診者との続柄 )		
石川県知事 様 (電話 一 一 )				
(添付書類) <input type="checkbox"/> 臨床調査個人票 (ご利用になるいずれか一つの医療機関が作成したもの。) <input type="checkbox"/> 現在お持ちの医療券		経過 審査会(第1回) 年 月 日 承認・保留・軽快 承認・保留(重症認定) 審査会(第2回) 年 月 日 承認・不承認・保留 承認・不承認・保留(重症認定)		