

1234567

★記載内容に変更等があれば赤字で訂正してください

石川 太郎 様

406 駅西 C2

センター受付印欄

「臨床調査個人票の研究利用についての同意」について

厚生労働省では、指定難病に関する創薬の研究開発や政策立案等に活用するため、本申請書に添付された診断書（臨床調査個人票）をデータベースに登録し、厚生労働省の研究機関等に提供され、指定難病に関する研究等に活用される場合があります。別紙同意書は指定都市へ提出してください。詳しくは申請書をご確認ください。

今回送付された住所・宛名から送付先を変更する場合は記入

省略不可
更新時もマイナンバー記入ください

受診者／要支援者	受給者番号	1234567	個人番号（マイナンバー）							
	フリガナ	イカ 知				年齢	生年月日			
	氏名	石川 太郎				53	S47.4.1			
	住民票上の住所 (受給者証等の送付先を括弧内に記入)	〒 (920-8580)		電話番号 (076-225-1448)						
	住所	石川県 金沢市 鞍月1-1								
	氏名	氏名: _____ 電話番号: _____								
	病名等	6:パーキンソン病 国民健康保険…国保、国民健康保険組合…国組、後期高齢者…後期全国健康保険協会/健康保険組合/共済組合など…社保本人、社保家族								
加入医療保険	保険者番号	00000000	保険種別	国保	記号・番号 (被保険者番号)	0000-0000				
	被保険者証 発行機関名	01170018 全国健康保険協会 石川支部			0000-0000	□□□-□□□□				
保護者 受診者が18歳未満の場合のみ記入	フリガナ				受診者との 関係(続柄)					
	氏名									
※下記記入	受診者が18歳未満の場合のみ保護者を記入									
国受診者 保加入している世帯主 社受診者が加入している 保医療保険の被保険者	〒 (_____)		電話番号 (_____)							
自己負担上限額等に係る特例 (該当するものに☑をしてください。)										
<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着	<input checked="" type="checkbox"/>	★ 高額かつ長期	<input type="checkbox"/>	軽症	該当の有無・人数を記入				
受診者本人と同一の支給認定世帯に属する者かつ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(又は申請中の)者				★ 有 (1名) ・ 無						
受診者本人(又は保護者)の障害年金・遺族年金・特別児童扶養手当などの非課税世帯の方(もしくは不明の方)は、該当の有無を記入(例:障害年金、遺族年金、特別児童扶養手当、障害児福祉手当、特別障害者手当、特別障害給付金など)				有 ・ 無						
登録者証申請(※1)				申請する 申請しない・発行済(発効自治体名: _____)・備考(_____)						
石川県知事 殿 私は、上記のとおり、特定医療費の支給を希望の有無等を記載します。 令和 7年 ○月 ○日 申請者氏名 石川 太郎 (受診者又は保護者又は法定代理人)										

※1「申請する」を選択した場合、障害福祉サービス等の公的サービス利用時に、当該サービスを提供する公的機関が、マイナンバーを用いた情報連携により登録者情報を確認することがある。

