

(表)

特定疾患医療受給者証交付申請書				新規	更新	変更
※ 受給者番号						
受給者	フリガナ			年 月 日生(歳)		
	氏 名					
	フリガナ			郵便番号		
	住 所					
	加入医療保険	被保険者氏名			受給者との続柄	
1. 健保 (船員保険、各種共済組合)		本人、家族	健康保険者証 記 号 番 号	記号		
		世帯主、その他		番号		
3. 退職者医療		本人、家族	健康保険者証 発 行 機 関 名	名称		
	4. 高齢者医療 (後期、前期)		番号			
※適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ VI・V・IV・III・II・I		資格取得年月日	年 月 日		
申請者	フリガナ			受給者との続柄		
	氏 名			電話番号		
	フリガナ			郵便番号		
住 所						
病 名	1.		2.			
受療医療機関	所在地					
	名 称					
	所在地					
	名 称					
	所在地					
	名 称					
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。						
大阪府知事 様				年 月 日		
※ 有効期間	開始日	年 月 日	終了日	年 月 日	前回終了日	
※ 保健所記入欄			確認者			
	保健所コード		受付日	年 月 日		

(注) 1 ※印欄には、記入しないでください。
2 該当箇所を○で囲んでください。

(裏)

同意についてのお知らせ

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特定疾患調査研究班において、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ください。

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、特定疾患調査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。