

# 特定医療費支給認定申請書の記入例

第1号様式

(表)

## 特定医療費支給認定申請書 (新規用)

いずれかに○印をつけてください。

- 1：初めて申請する。
- 2：既に指定難病の支給認定を受けており、横浜市外からの転入である。
- 3：平成30年3月以前、神奈川県から指定難病の支給認定を受けていたことがある。
- 4：平成30年4月以降、横浜市から指定難病の支給認定を受けていたことがある。(前受給者番号：)

※ 太枠内のみ御記入ください。

太枠内のみ記入してください。

公費負担者番号	5	4	1	4	番号							
フリガナ	ヨコハマ ハナコ			性別	個人番号	患者の個人番号(12ケタ)						
氏名	横浜 花子			男・女	生年月日	明治・大正 昭和 令和	平成	元年	6月	1日		
郵便番号	〒 231-0015		日中連絡がとれる電話番号	045 - 123 - 4567								
住所	横浜市 中 区 尾上町1丁目8番地											
患者の住民税の課税自治体	都・道・府・県			市・区・町・村(今年1月1日)								
ご加入の公的医療保険	保険証の記号・番号 (後期高齢者医療の場合は番号のみ)			12345678・123								
	保険者番号			01140011			保険者の名称 全国健康保険協会					
	被保険者の氏名 (国保、国保組合、後期高齢は「患者の氏名」)			横浜 太郎								
被保険者の住民税の課税自治体	都・道・府・県			市・区・町・村(今年1月1日)								
	都・道・府・県			市・区・町・村(昨年1月1日)								
指定難病の名称(複数ある場合は全ての疾病名を記入してください。)	潰瘍性大腸炎											
各項目の有無に○をつけてください	人工呼吸器等装着(※1):有			無			軽症高額該当(※2):有			無		
	生活保護受給:有			無								

1月1日時点で横浜市外在住の場合は必ず記入してください。

保険証の記号・番号の桁数は加入している公的医療保険によって異なります。

1月1日時点で横浜市外在住の場合は必ず記入してください。

有、無どちらかに必ず○をつけてください。  
人工呼吸器等装着については6ページ、軽症高額該当については3ページをご確認ください。

続柄を記入してください。

支給認定基準世帯員については6・9ページをご確認ください。

9ページの「公的医療保険証のコピー」が必要な方(本人以外全員)について記入が必要です。

市外在住の場合は必ず記入してください。

市外在住の場合は必ず記入してください。

記入不要です。

(裏)

指定医療機関（薬局、訪問看護ステーション含む）に関する事項	1	名 称	〇〇クリニック	所 在 地	横浜市中区港町1-2-3	
	2	名 称	△△薬局	所 在 地	横浜市西区中央1-2-3	
	3	名 称	ここに記載した指定医療機関名は、認定となった場合に送付する受給者証に記載されます（最大5か所）。 ただし、横浜市外の指定医療機関、指定外医療機関は印字しませんので記載しないでください。 なお、受給者証に記載がなくても、指定医療機関であれば受診は可能です。			
	4	名 称				
	5	名 称		所 在 地		

同じ公的医療保険に加入している方で、指定難病の特定医療費または小児慢性特定疾病の医療費の支給認定を受けている方を記載してください	氏 名		受給者番号						
	氏 名		受給者番号						

患者本人（患者が18歳未満の場合は保護者）が昨年（申請日の前年1～12月）に右記の障害年金・遺族年金・その他の給付金を受給しましたか	ある	ない	年金給付金	障害基礎・厚生年金／遺族基礎・厚生年金／障害共済年金／遺族共済年金
	ある	ない	給付金	寡婦年金／障害手当金／障害一時金／特別障害給付金／障害補償給付金／障害補償／特別児童扶養手当／障害児福祉手当

ある、ないどちらかに必ず〇をつけてください。

保護者についての記入は、患者本人が18歳未満の場合に必要です。  
また、書類の送付を住所以外の送付先へ希望される方は下欄に御記入ください（個人番号欄は記入不要です。）。

保護者 （患者が18歳未満の場合に記入） 又は 送付先	フリガナ		保護者の個人番号（12ケタ）	
	氏 名			
	患 者 か ら み た 続 柄	日中連絡がとれる 電 話 番 号	-	-

〒 - □←患者と同じ場合は、チェックを入れて記入を省略できます。

住所以外の送付先を希望される場合も記入してください。

（申請先）横浜市 郵送または持参された日を記入してください。 令和 2年 4月 1日

（申請者）  
患者本人の氏名（患者が18歳未満の場合は保護者氏名） 横浜 花子 印

（氏名を自署で記入したときは、押印を省略することができます。）

臨床調査個人票の研究等への利用についての同意をする場合は、別添「研究利用に関するご説明」を確認し、以下に署名をお願いします。

指定難病の研究等、指定難病 郵送または持参された日を記入してください。 令和 2年 4月 1日

（申請先）厚生労働大臣

（申 患）同意する方は記入をお願いします。なお、同意しなくても受給者証交付には影響しません。 横浜 花子 印

（氏名を自署で記入したときは、押印を省略することができます。）