



※ 事務処理欄

受給者番号																				
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

変更内容	09	09	10	11	02	04	05	03	03	01	03	08	07	07	07	07
	氏名	性別	住所	保護者	医療機関	高額長期	人工呼吸	生保開始	生保廃止	指定難病	医療保険	世帯員	難病・増	難病・減	小慢・増	小慢・減

適用区分	再交付
(前)	(後)
	有・無

裏面 ≪記入事項 続き 以下は、該当する部分のみ記載ください。≫

『指定難病の名称（追加・変更）』・・・以下にご記入ください。

変更前の指定難病の名称	該当に○	追加又は変更後の指定難病の名称
	追 変 加 更	

『加入医療保険の変更』・・・以下にご記入ください。

加入 医療保険	保険種別	生活保護・市町村国保・国保組合・協会けんぽ・共済・健保組合・後期高齢・その他																	
	被保険者氏名											受給者との続柄							
	マイナンバー (個人番号)																		
	保険者名称											保険者番号							
	記号											番号							

『支給認定基準世帯員（同じ医療保険の加入者）の変更』・・・以下に同一保険の世帯員全員をご記入ください。

支給認定基準世帯員とは、受給者と同一の医療保険に加入している方（市町村国保、国保組合、後期高齢者医療の方は世帯員全員。それ以外の保険の方は受給者本人と被保険者のみです。）を指します。生活保護受給の方は受給者本人のみです。（受給者が18歳未満の場合は保護者になります。）

支給認定基準世帯員	氏名	受給者との続柄	生年月日	個人番号	1月1日時点の住所
			大正 昭和 平成 年 月 日		
			大正 昭和 平成 年 月 日		
			大正 昭和 平成 年 月 日		
			大正 昭和 平成 年 月 日		
			大正 昭和 平成 年 月 日		
			大正 昭和 平成 年 月 日		
			大正 昭和 平成 年 月 日		

『同じ医療保険に加入している「指定難病医療受給者」の変更』・・・以下にご記入ください。

該当に○	氏名		受給者番号	
増 減				

『同じ医療保険に加入している「小児慢性特定疾病受給者」の変更』・・・以下にご記入ください。

該当に○	氏名		受給者番号	
増 減				

【同意について】

厚生労働省では、難病の研究を推進するため、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、厚生労働省の研究事業等の基礎資料として使用することとしています。

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病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、臨床調査研究分野の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。