

【1】
令和7年 更新

受給者番号

特定医療費支給認定申請書（更新）

奈良県知事 殿

令和7年 月 日

下記のとおり特定医療費の支給を申請します。

受診者	フリガナ					年齢	生年月日		
	氏名					歳	大正 昭和 平成 令和 年 月 日		
	住所	〒							
		フリガナ							
		奈良県							
	電話	自宅				携帯			
	加入医療保険	保健種別	協会健保・健保組合・共済・国保・国保退職・後期高齢・国保組合・その他・生保						
受診者との続柄		本人 ・ 家族							
記号・番号		記号			番号				
被保険者（組合員）氏名									
被保険者番号									
発行機関名									
受給者証等の送付先 (受診者以外への送付を希望する場合は、「その他」に☑し、希望の送付先を記入)	<input type="checkbox"/> 受診者	<input type="checkbox"/> その他（下記に記入してください）							
	送付先氏名					受診者との関係			
	送付先住所	〒							
簡易書留での送付希望	<input type="checkbox"/> ← 簡易書留での送付を希望する場合にチェック☑ （350円分の切手の提出が必要です）								
申請者 (保護者※)	申請者区分 (該当に☑)	<input type="checkbox"/> 受診者 ※申請者は原則受診者です。申請者欄の記載は不要です。							
		<input type="checkbox"/> 保護者 ※受診者が18歳未満の場合は、保護者が申請者となります。							
		<input type="checkbox"/> その他 ※別途、委任状等の提出が必要です。							
	フリガナ					受診者との関係			
氏名									
住所・連絡先	〒				TEL :				
疾病名							【番号】		
特例 (該当の場合☑)	<input type="checkbox"/> 特例該当なし	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着	<input type="checkbox"/> 軽症高額	<input type="checkbox"/> 高額かつ長期					
受診者と同じ医療保険上の世帯内に、他に特定医療受給者はいますか	<input type="checkbox"/> いない・ <input type="checkbox"/> いる（氏名）				受給者番号（	）			
受診者と同じ医療保険上の世帯内に、他に小児慢性特定医療受給者はいますか	<input type="checkbox"/> いない・ <input type="checkbox"/> いる（氏名）				※受給者証の写しの提出が必要です。				
臨床調査個人票を記載した指定医療機関名					所在地	保健所受付印			
指定難病の医療費助成における臨床調査個人票情報の研究等への利用についての同意欄									
厚生労働大臣 殿									
私は、「指定難病の医療費助成における臨床調査個人票情報の研究等への利用について」を読み、指定難病の医療費助成の申請に当たり提出した臨床調査個人票の情報が、①厚生労働省のデータベースに登録されること、②研究機関等の第三者に提供され、指定難病に関する創薬の研究開発に利用されることに同意します。									
令和 年 月 日									
患者署名				（代理人署名）					
整理欄									
その他なし									

○世帯全員について記載してください。

※受診者と加入医療保険が別の場合も、世帯全員分の記載が必要です。

※住民票が別でも同じ医療保険に加入している方が他にいる場合は、その方も記入してください。

※マイナンバーを用いた情報照会について(手引き P7~P8 参照)

①マイナンバーを用いた情報照会を希望する場合、受給者証の発行が R8.1 月以降となる可能性があります。

②市町村民税未申告の方は、階層区分(自己負担限度額)を「上位所得/3 万円」として受給者証を発行します。

世帯員氏名	生年月日	年齢	受診者 との続柄	住民票が 別の場合○	加入医療保険種別と 被保険者・被扶養者の別
(フリガナ)	T・S・H・R ・	歳			国保・国保組合・後期高齢 協会健保・健保組合・共済・ 生保・その他() 〔被保険者・被扶養者〕
<input type="checkbox"/> マイナンバーによる 添付書類の省略を希望 →手引き P7~8 参照	省略希望書類	令和 7 年 1 月 1 日時点で住民票のあった市区町村名()			
	<input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> (非)課税証明書 <input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書	マイナンバー			
(フリガナ)	T・S・H・R ・	歳			国保・国保組合・後期高齢 協会健保・健保組合・共済・ 生保・その他() 〔被保険者・被扶養者〕
<input type="checkbox"/> マイナンバーによる 添付書類の省略を希望 →手引き P7~8 参照	省略希望書類	令和 7 年 1 月 1 日時点で住民票のあった市区町村名()			
	<input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> (非)課税証明書 <input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書	マイナンバー			
(フリガナ)	T・S・H・R ・	歳			国保・国保組合・後期高齢 協会健保・健保組合・共済・ 生保・その他() 〔被保険者・被扶養者〕
<input type="checkbox"/> マイナンバーによる 添付書類の省略を希望 →手引き P7~8 参照	省略希望書類	令和 7 年 1 月 1 日時点で住民票のあった市区町村名()			
	<input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> (非)課税証明書 <input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書	マイナンバー			
(フリガナ)	T・S・H・R ・	歳			国保・国保組合・後期高齢 協会健保・健保組合・共済・ 生保・その他() 〔被保険者・被扶養者〕
<input type="checkbox"/> マイナンバーによる 添付書類の省略を希望 →手引き P7~8 参照	省略希望書類	令和 7 年 1 月 1 日時点で住民票のあった市区町村名()			
	<input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> (非)課税証明書 <input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書	マイナンバー			
(フリガナ)	T・S・H・R ・	歳			国保・国保組合・後期高齢 協会健保・健保組合・共済・ 生保・その他() 〔被保険者・被扶養者〕
<input type="checkbox"/> マイナンバーによる 添付書類の省略を希望 →手引き P7~8 参照	省略希望書類	令和 7 年 1 月 1 日時点で住民票のあった市区町村名()			
	<input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> (非)課税証明書 <input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書	マイナンバー			

○以下について、該当する内容にチェックをしてください。

【同一保険世帯で非課税の場合】

受給者本人が右表の年金収入等 (R6.1~12) を受給しています。
※該当する年金等について、右表にチェックをしてください。

R6.1 月~12 月に右表の収入がある場合は、「年金等振込通知書」または「通帳の振込部分」と「通帳の氏名・口座番号等記載面」の写しを添付してください。

下記の年金等収入がある

- 障害年金 (基礎・厚生・共済)
- 寡婦年金
- 遺族年金 (基礎・厚生・共済)
- 特別障害者手当、障害児福祉手当、
経過的福祉手当、特別児童扶養手当
- 特別障害給付金、障害を事由として
支給される労災による年金または一時金

【上位所得】 世帯の所得を証明する書類を提出しないため、上位所得区分となることを了承します。

【低所得Ⅱ】 障害年金等及び特別扶養手当等の収入を証明する書類を提出しないため、低所得Ⅱ区分となることを了承します。