

「特定医療費(指定難病)受給者証の更新手続きのご案内」5ページ(令和8年10月更新～)

記入例・左ページの続きから

| | | |
|---------|--|---|
| 登録者証の届出 | 申請しない又は交付済の場合は□に印をつけてください。いずれにもチェックがない場合は、「申請する」とみなします。 医療者証の交付は、原則「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律(平成25年法律第27号)」に基づく情報提供ネットワークシステムを利用した情報連携(以下「マイナンバー情報連携」という。)により行われます。ただし、マイナンバー情報連携を活用できない状況にある場合は、別途「登録者証書面交付申請」を行うことで、書面の登録者証が交付されます。 | <input type="checkbox"/> 申請しない <input type="checkbox"/> 交付済 |
|---------|--|---|

登録者証を申請しない又は交付済みの場合は、該当箇所にチェックをつけてください。

住民票上の世帯が同一であっても、患者と医療保険が異なる方については記載しないでください。
 また、住民票上は別世帯であっても同じ医療保険に加入している方は記載してください。

患者と医療保険上の同一世帯に難病医療費助成を受給している方がいる場合に記載してください(人工透析、先天性血液凝固因子欠乏症等、B・Cウイルス肝炎助成等その他制度は対象外です。)

| | | | | | | |
|----------|--|-----------------------|-------|------|-------|--|
| 世帯に関する情報 | 「患者と同じ医療保険に加入している者」 ※医療保険の種類が、協会、船員、日雇、組合又は共済の場合は、被保険者のみ記載してください。 | 氏名 | 東京 花子 | 生年月日 | 年 月 日 | |
| | | 氏名 | 東京 一郎 | | | |
| | 上記の者のうち右に該当している者 | 難病の医療費助成を受けている者 | フリガナ | | | |
| | | 小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている者 | フリガナ | | | |

患者と医療保険上の同一世帯に小児慢性特定疾病の医療費助成を受給している方がいる場合に記載してください。

↑患者と同じ医療保険に加入している者で該当しているものを全員記載してください。

| | | |
|-------------------------------|---|--|
| 特定医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日※1 | いずれか該当する方にチェックを入れてください。 <input checked="" type="checkbox"/> 臨床調査個人票記載の診断年月日 [A] <input type="checkbox"/> 軽症かつ高額な基準を満たした日の翌日 [B] | 【左記で選択した日付けが、申請日から1か月以上前の年月日となっており、申請までに時間を要した「やむをえない理由」がある場合は該当するものにチェックを入れてください。】 ※いずれにもチェックがない場合(該当するものがない場合)は、医療費助成開始日について遡ることができる限度は1か月前の同じ日までとなります。 <input checked="" type="checkbox"/> 臨床調査個人票の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 症状悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> 大規模災害等により、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他※2、 |
|-------------------------------|---|--|

【「特定医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日」について】
 受給者証の有効期限を過ぎてから申請する場合は、いずれか該当する方に☑を付けてください(受給者証の有効期限内に申請する場合は、この欄は記載不要です。)

左記で☑を付けた日付けが申請日から1か月以上となっており、申請までに時間を要した「やむをえない理由」がある場合は、該当するものに☑を付けてください。