

特定疾患医療受給者証交付申請書

申請種類	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 医療機関追加 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 再登録					
受給者	フリガナ			疾患名		
	氏名			受給者番号 (新規・転入以外)		
	生年月日	年	月	日	保健所の訪問指導の希望 □有・□無	
	職業	(1) 勤労者 (2) 自営業 (3) 学生・生徒 (4) 家事従事者 (5) 無職 (6) その他()				
	住所	〒 —		電話番号()	—	
	医療保険	被保険者			受給者との 続柄	
保険種別		国保・後期・国組・協会・健組・共済・船員				
保険者名						
記号・番号						
受療医療機関	名称			名称		
	所在地	電話番号()		所在地	電話番号()	
	名称			名称		
	所在地	電話番号()		所在地	電話番号()	
臨床調査個人票の研究利用についての同意						
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の制度であり、提出した臨床調査個人票が、国及び県が認定する研究者において、個人情報保護のもと疾患研究の基礎資料として使用されることを確認した上で、申請してください。(詳細は下記記載)						
香川県知事 殿				年 月 日		
上記のとおり、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。						
申請者	氏名			受給者との続柄		
	住所	〒 —		電話番号()	—	

○書類の送付先(受給者の住所以外に送付を希望する場合記入してください。)

宛名		住所	〒 —	電話番号()	—	受給者との続柄 (様方)
----	--	----	-----	---------	---	----------------------

【同意について】

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、厚生労働科学研究難治性疾患克服研究事業の研究班において、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下さい。

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、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。