

① 今回の申請について

②以前神奈川県で特定疾患認定をうけていたことがある。

受給者番号：

重症患者認定申請は ()

添付書類

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|----|------|----|----|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|----|----|---|--|--|--|
| ※事務処理欄 (職員が記入いたします) | | 申請番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 認定番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 認定日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請 | 重症 | 疾患 | 日付 | | | | | | | | | | | | | 添付 | 同意 | 1 | | | |
| 既存 | | | | 理由 | | | | | | | | | | | 区分 | | | | | | |
| 理由 | | | | 受理 | H | | | | | | | | | | X-ray | 有 | 無 | | | | |
| | | | | 回送 | H | | | | | | | | | | 同意 | 有 | 無 | | | | |

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 続柄

申請者住所

神奈川県知事 殿 申請日 年 月 日

申請電話番号

② 申請する患者さんについてご記入下さい

| | | | | | | | | | | | |
|-------------------|----------------|-------------|--|------|---|---|---|----|---|---|---|
| フリガナ | | 性別 | | 生年月日 | | | | 年齢 | | | |
| 氏名 | | | | 年 | 月 | 日 | 歳 | | | | |
| 郵便番号 | 〒 | 電話番号 | | | | | | | | | |
| フリガナ | かがわけん | | | | | | | | 住 | 1 | 4 |
| 住所 | 神奈川県 | | | | | | | | | | |
| 疾患名 | 番号を選んで下さい | | | | | | | | | | |
| 臨床調査個人票を記載した医療機関名 | | 臨床調査個人票の記載日 | | 年 | 月 | 日 | | | | | |
| 医療機関の所在地 | この欄には記入しないで下さい | | | | | | | | | | |
| 加入している保険 | 保険の区分 | | | | | | | | | 保 | |
| 健康保険証の保険者番号 | 健康保険証の保険者名称 | | | | | | | | | | |
| 健康保険証の記号 | 健康保険証の番号 | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | | | | | | | | | | | |

③ 生計中心者についてご記入下さい

| | | | | | | | | | | |
|------------------|----------|----|--|-------|--|--|--|--|--|---|
| 生計中心者氏名 | | | | | | | | | | 本 |
| 生計中心者住所 | 生計中心者の続柄 | | | | | | | | | 住 |
| 特定疾患医療受給者が同一生計内に | | 氏名 | | 受給者番号 | | | | | | |

④ 郵便物の送付先 (患者さんの住所に送付する場合はなにも記入しないで下さい)

| | | | | |
|------|--|------|--|---|
| 郵便番号 | | 電話番号 | | 送 |
| 住所 | | | | 住 |
| あて名 | | 続柄 | | 続 |
| | | | | 一 |