

様式1号

受給者番号

特定疾患医療受給者証交付申請書 兼 同意書

新規 1  
更新 2

受	フリガナ			生年月日	年 月 日		
	氏名						
療	住所	三重県			郵便番号	—	
					電話番号	- -	
者	フリガナ				受療者との続柄		
	被保険者氏名						
	保険種別	1 協 2 組 3 船 4 共 5 国 6 後 7 その他( )			介護認定	1 有 2 無	
	加入医療保険	名称				保険者番号	
	被保険者証発行機関	所在地					
		記号番号					
病名							
受療医療機関	1	名称					
		所在地					
	2	名称					
		所在地					
	3	名称					
		所在地					
	4	名称					
		所在地					
受療訪問看護ステーション	1	名称					
		所在地					
	2	名称					
		所在地					
(注)臨床調査個人票の研究同意についての同意		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、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。(詳細については、裏面をご覧ください。)					
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(受療者)氏名					受付欄		
.....							
年 月 日							
三重県知事					あて		

記入に当たっては、別紙の記入例を参照してください。

※別の宛所に送付を希望される場合は裏面にご記入ください。

裏面もご覧ください