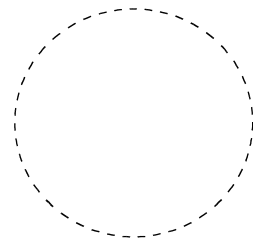


(表面)



特定疾患医療受給者証交付申請書

(申請区分： 新規 ・ 更新) どちらかに○印を

受給者	フリガナ			受給者番号 (更新時のみ記入)				
	氏名							
	生年月日	年 月 日 (満 歳)		他疾患での受給者番号 (該当者のみ記入)				
	住所 (申請者と同じ場合は省略可)	〒 市・郡		電話 () -				
	加入 医療保険	被保険者区分	協会 組合 国保 退職国保 国組 共済 船員 後期	本人・家族	被保険者証 発行機関名	被保険者証 記号・番号		
	病名							
医療機関	名称			所在地				
(注) 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厚生労働科学研究において、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。)						
<p>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。</p> <p>また、受給者証記載事項について申請書記載の医療機関に情報提供されることに同意します。</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p>年 月 日 申請者住所 _____</p> <p style="text-align: center;">フリガナ 氏名 _____ 受給者との続柄 ()</p> <p>島根県知事様 電話 () - 昼間の連絡先 _____</p>								
保健所記入欄 (特記事項を記入)								

※ 裏面の「申請時の注意事項」をご覧ください