

○注意事項

- 1 変更事項の該当するものの□にレ印を記入してください。
- 2 自己負担上限額の特例欄の記載は、以下を参照の上、該当するものの□にレ印を記入してください。
 - (1) 人工呼吸器等装着
 継続して常時、生命維持管理装置を装着する必要がある、かつ、日常生活動作が著しく制限されている者であること。
 生命維持装置のうち、人工呼吸器を装着している者について、継続して常時とは、医学的に1日中施行することが必要であつて離脱の可能性がないことをいう。
 - (2) 高額な医療が長期的に継続する患者の特例（「高額難病治療継続者」）
 高額な医療が長期的に継続する患者とは、月ごとの該当する医療費総額が5万円を超える月が年間6回以上ある者であること。
 - (3) 高額な医療を継続することが必要な軽症者の特例（「軽症者特例」）
 指定難病の症状の程度が、特定医療費の支給の対象とならない軽症者であっても、当該指定難病に係る医療費の総額が月額33,330円を超える月が年間3回以上ある者で、当該医療を継続する必要があるものについては、特定医療費の支給の対象となる場合があります。
 上記の特例については医師による証明等、病院等の証明等の書類を添付してください。
- 3 特定医療費は、指定医が重症度分類を満たしていると診断した日または軽症者特例の基準を満たした日の翌日の分から支給することができます。ただし、これらの日が申請日から1か月以上前である場合にあつては、申請日の1か月前の日（やむを得ない理由によりこれらの日から1か月以内に申請することができなかつた場合にあつては、申請日の最長3か月前の日）の分から支給することとします。ついで、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欄には、申請日にかかわらず、臨床調査個人票に記載された診断年月日等、該当する年月日を記載してください。更新の場合は、原則として記入不要です。
- 4 保健所記入欄には、記入しないでください。

○加入医療保険に関する事項

支給認定基準世帯員（受診者と同じ医療保険に加入する者）

変更事項	□	世帯員氏名		個人番号		患者との続柄	
		世帯員氏名		個人番号		患者との続柄	
		世帯員氏名		個人番号		患者との続柄	
		世帯員氏名		個人番号		患者との続柄	
		世帯員氏名		個人番号		患者との続柄	

【受診者の住所地以外に郵便物等の送付を希望される場合は、下欄に送付先を記入してください。】

送付先住所	〒
氏名	本人との関係（ ） 電話（ ）