

特定疾患医療受給者証継続申請書			
受給者	(フリガナ) 氏名		生年月日  年 月 日
	住所	〒 _____ ☎ ( _____ )	
	保険種別(該当に全て○)	協・組・船・共・国・退・国組・後高・(介)	
前回認定	受給者番号		
	有効期間	年 月 日 から 年 月 日まで	
病名	劇症肝炎 ・ 重症急性膵炎		
現在入通院している病院	名称		
	住所		
	受診科名		
	主治医氏名		
(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。)	
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継続交付を申請します。			
福岡県知事 殿		年 月 日	
〒 _____			
申請者 住所  氏名 _____ 印 _____ ☎ ( _____ ) (自署する場合は、押印を省略することができます) 本人以外の申請の場合、受給者との続柄 ( _____ )			

- 注意
- 1 前回申請時の住所に変更がない場合は、住民票その他の現住所を確認できる書類の写しを省略して差し支えありません。
  - 2 福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課難病等助成係に提出してください。
  - 3 病名欄は、いずれかを○で囲んでください。
  - 4 受給者証等の送付先を変更する場合は、変更届を提出してください。

(裏面)

<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、厚生労働科学研究費補助金及び厚生労働行政推進調査事業費補助金の難治性疾患政策研究事業並びに医療研究開発推進事業費補助金難治性疾患実用化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。