

※保険種別		協会けんぽ・健組・共済・国保・後期高齢・国組							
申請の種類		新規・継続		受給者番号					
特定疾患医療受給者証交付申請書									
受給者	ふりがな				生年	年 月 日			
	氏名				月日	(満 歳)			
	住所	〒 (電話)							
申請者	氏名					受給者との続柄			
	住所	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ (記載省略可)	〒 (電話)						
疾患名									
注2 受診 医療 機関	医療機関名					所在地 (市区町村名)			
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、提出された臨床調査個人票が厚生労働省の厚生労働科学研究において、個人情報の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。)						※ 収 受 印	
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、関係書類を添えて、特定疾患医療受給者証の交付を申請します。 年 月 日 青森県知事 殿									

注1) ※のついた項目は、記載しないでください。

注2) 受診医療機関には、薬局、訪問看護ステーションを含みます。

第1号様式（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、厚生労働科学研究難治性疾患克服研究事業研究班において、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ください。

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、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。