

| 提出書類 | 留意事項等 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|-------|---------------------|--|-----------------------------------|-----------|--|-----------------------|-----------------------|------------------|--------|------------------------|--|----------|--|------------|
| ①特定医療費（指定難病）支給認定申請書 | ・用紙は各区保健センターにあります。 札幌市ホームページにも掲載しています。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ②臨床調査個人票 原本 | ・難病指定医が作成したもの（記載日から3か月以内） ・疾病毎に様式が異なります（MRI画像など添付資料が必要な場合があります）。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ③同意書 | ・医療保険上の所得区分の照会に関する同意書と臨床調査個人票の研究等への利用についての同意書の2種類 ・用紙は各区保健センターにあります。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ④健康保険証 原本 又は 写し | <p>・加入している医療保険の種別により、提出いただく対象者が変わります。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">保険種別</th> <th>提出対象者</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">国民健康保険 (退職国保を含む)</td> <td>同じ国保の加入者全員 ※ 義務教育を修了していない方は省略可</td> </tr> <tr> <td colspan="2">後期高齢者医療制度</td> <td>同じ住民票上で後期高齢に加入している方全員</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">被 用 者 保 険</td> <td>患者本人が被 保険者の場合</td> <td>患者本人のみ</td> </tr> <tr> <td>患者本人が被 保険者以外の 場合</td> <td>被保険者及び患者本人 ※患者本人の健康保険証で被保険者の名前を確認できる場合、被保険者の健康保険証は省略可</td> </tr> <tr> <td colspan="2">国民健康保険組合</td> <td>同じ保険の加入者全員</td> </tr> </tbody> </table> | 保険種別 | | 提出対象者 | 国民健康保険 (退職国保を含む) | | 同じ国保の加入者全員 ※ 義務教育を修了していない方は省略可 | 後期高齢者医療制度 | | 同じ住民票上で後期高齢に加入している方全員 | 被 用 者 保 険 | 患者本人が被 保険者の場合 | 患者本人のみ | 患者本人が被 保険者以外の 場合 | 被保険者及び患者本人 ※患者本人の健康保険証で被保険者の名前を確認できる場合、被保険者の健康保険証は省略可 | 国民健康保険組合 | | 同じ保険の加入者全員 |
| 保険種別 | | 提出対象者 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 国民健康保険 (退職国保を含む) | | 同じ国保の加入者全員 ※ 義務教育を修了していない方は省略可 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 後期高齢者医療制度 | | 同じ住民票上で後期高齢に加入している方全員 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被 用 者 保 険 | 患者本人が被 保険者の場合 | 患者本人のみ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 患者本人が被 保険者以外の 場合 | 被保険者及び患者本人 ※患者本人の健康保険証で被保険者の名前を確認できる場合、被保険者の健康保険証は省略可 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 国民健康保険組合 | | 同じ保険の加入者全員 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑤マイナンバー（12桁の個人番号）確認書類 原本 | <p>・申請者^{※1}について、下記が必要です。</p> <p>●マイナンバーを確認できる書類（次のうち1つ）</p> <p>ア 個人番号カード</p> <p>イ 通知カード（住民票の記載事項〔氏名・住所等〕と一致している場合のみ可）</p> <p>ウ マイナンバーが記載された住民票</p> <p>※ イ・ウの場合は、申請者^{※1}の身分証明書類（写真入りのもの1点又は写真無しのもの2点）が必要</p> <p>・写真入り書類例：運転免許証、パスポート、身体障害者手帳、その他官公署が発行した顔写真・氏名・生年月日（又は住所）がある書類</p> <p>・写真無し書類例：健康保険証、年金手帳、児童扶養手当証書、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証、その他官公署が発行した氏名・生年月日（又は住所）がある書類</p> <p>※ 札幌市では本申請に利用する場合、ウの発行手数料が無料になります（コンビニ発行を除く）。</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※1 患者とその保護者（患者が18歳未満の場合） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 提出書類 | 留意事項等 |
|---|---|
| <p>該 当 者 の み 提 出 が 必 要 な 書 類</p> <p>⑥所得状況を確認できる書類 原本</p> <p>※2 申請月が4～6月の場合は前年度、7～3月の場合は本年度</p> <p>※3 生活保護受給者（医療保険未加入）は不要</p> <p>※4 申請月が1～6月の場合は前年</p> | <p>対象者 保険種別や市町村民税の課税状況^{※2}が、以下のいずれかに該当する方^{※3}</p> <p>ア 被用者保険の加入者で非課税^{※2}の方</p> <p>イ 国民健康保険組合の加入者</p> <p>提出書類 所得（市・道民税）証明書</p> <p>※ アの場合は被保険者本人、イの場合は同じ保険に加入する方全員分が必要です。</p> <p>※ 1月1日時点^{※4}で住所があった市町村での発行となります（札幌市では、本申請に利用する場合、発行手数料が無料になります（コンビニ発行を除く））。</p> <p>※ 特別徴収税額決定通知書・納税通知書・源泉徴収票・確定申告書では受付できません。</p> |
| <p>⑦所得状況を確認できる書類（非課税収入） 原本</p> <p>※5 生活保護受給者は不要</p> <p>※6 申請月が1～6月の場合は、前々年</p> | <p>対象者 市町村民税非課税世帯^{※2}であり、患者本人（18歳未満の場合は保護者）について障害年金・遺族年金・特別児童扶養手当等の非課税収入がある方^{※5}</p> <p>提出書類 前年^{※6}の支給額が確認できる書類（証書や支給認定通知等）</p> <p>※ 年度単位の書類（振込通知書・額改定通知書等）の場合、2年度分が必要です。</p> <p>※ 通帳は証明となりません。</p> <p>※ 対象者の年収が80万円超であることが確実な場合は、申請時に申しいただくことで本書類の提出を省略できます。</p> |
| <p>⑧自己負担上限額の按分に係る書類 原本又は写し</p> | <p>対象者 世帯内で、他に特定医療費（指定難病）、特定疾患医療費、小児慢性特定疾病医療費の受給者がいる場合^{※5}</p> <p>提出書類 該当者の受給者証</p> |
| <p>⑨指定難病に係る医療費総額を証明する書類 原本</p> <p>※7 用紙は各区保健センターにあります</p> | <p>対象者 軽症高額に該当する可能性のある方</p> <p>提出書類 申請疾病に係る医療費の領収証（申請月を含む過去12か月以内のもの）及び医療費申告書^{※7}</p> <p>※ または、医療費総額証明書^{※7}や医療機関が発行する領収証明書等</p> |

