

# 申 出 書

令和 年 月 日

山 口 県 知 事 様

所在地 〒  
住所

TEL( ) -

医療機関名

代表者名

下記のとおり山口県が実施する特定疾患治療研究事業を実施したいので申し出をします。

## 記

1 実施期日 令和 年 月 日

2 診療科及び担当医師名等

診療科名等	担当医師等氏名

3 医療機関コード

--

# 委託契約書

業務の委託について、

委託者 山口県 (以下「甲」という。)

と

受託者 \_\_\_\_\_ (以下「乙」という。)

とは、次の条項により契約を締結した。

(目的)

第1条 甲は、次に掲げる業務（以下「業務」という。）を乙に委託し、乙はこれを受託する。

(1) 業務の名称

特定疾患患者の治療研究

(2) 業務内容及び実施

甲が別に定めた「山口県特定疾患治療研究事業実施要綱」及び「山口県特定疾患治療研究 事業事務取扱要領」に定めるところによる。

(委託期間)

第2条 業務の委託期間（以下「委託期間」という。）は、令和 年 月 日から 令和 年 月 日までとする。ただし、委託期間満了の日の1カ月前までに甲又は乙から解約の意思表示のないときは、引き続き向こう1年間は同一の条件で契約を更新した ものとし、次年度以降においても同様とする。

(委託料)

第3条 業務の委託料（以下「委託料」という。）の額は、次のア及びイに規定する額とする。

ア 「診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）」、「入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示第99号）」、「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法（平成20年厚生労働省告示第67号）」、「保険外併用療養費に係る療養についての費用の額の算定方法（平成18年厚生労働省告示第496号）」若しくは「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法（平成20年厚生労働省告示第93号）」により算定した額の合計額から医療保険各法又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による医療に関する給付に関し保険者又は市町が負担すべき額を控除した額（高齢者の医療の確保に関する法律の規定による医療を受ける対象患者については、同法の規定による一部負担金、入院時食事療養標準負担額及び入院時生活療養標準負担額並びに基本利用料に相当する額）

イ 「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成12年2月厚生省告示第19号）」、「指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準（平成12年2月厚生省告示第21号）」又は「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示第127号）」により算定した額の合計額から介護保険法の規定による当該疾患に係る訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、介護療養施設サービス、介護予防訪問看

護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防居宅療養管理指導及び介護医療院サービスに関し  
保険者が負担すべき額（介護保険法第69条第3項の規定の適用がある場合にあっては、当該規定  
が適用される前の額）を控除した額

（委託料の請求）

第4条 乙は、前条に定める委託料を請求するときは、「療養の給付、老人医療及び公費負担医療に関  
する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）」又は「介護給付費及び公費負担医療等  
に関する費用の請求に関する省令（平成12年厚生省令第20号）」に定めるところにより、第5条に  
定める審査支払機関へ請求するものとする。

（審査支払事務）

第5条 甲は、前条の請求に係る審査支払事務を山口県社会保険診療報酬支払基金及び山口県 国民  
健康保険団体連合会へ委託するものとする。

（再委託の制限）

第6条 乙は、業務を第三者に再委託してはならない。ただし、あらかじめ甲の書面による承 認を  
受けたときは、この限りでない。

（契約の解除）

第7条 甲は、乙がこの契約に定める義務を履行しないときは、この契約を解除することができる。

2 乙は、前項の定めによる契約の解除により損害を受けた場合においても、甲に対してその 補償  
を請求することができない。

（疑義の解決）

第8条 この契約について疑義が生じたときは、甲乙協議の上、解決するものとする。

（履行の決定）

第9条 前各条に定めるもののほか、この契約について必要な事項は甲乙協議の上、決定する もの  
とする。

以上の契約締結の証として、この証書2通を作成し、双方記名押印の上、各自1通を保有する。

令和 年 月 日

委託者 山口県  
山口県知事

受託者 所在地  
医療機関名  
代表者名

特定疾患医療受給者証交付申請書

(申請区分：更新)

対象患者	ふりがな 氏名			男・女	受給者番号※更新のみ					
	住所	〒			生年月日 明・大・昭・平 年 月 日生					
医療保険	種別	本人・家族	協・組・船・共・国・後							
	被保険者名			患者との続柄						
	被保険者証 発行機関名			被保険者証 記号・番号						
(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、山口県特定疾患治療研究事業事務取扱要領の規定に基づき、特定疾患医療受給者証の交付を申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申請者(保護者) 郵便番号</p> <p>住 所</p> <p>氏 名</p> <p>(患者との続柄: )</p> <p>TEL( ) -</p> <p>山 口 県 知 事 様</p>										

裏面の注意事項をよくご覧の上、記入してください。

※保健所記入欄

経由保健所名		保健所受付年月日	令和 年 月 日
--------	--	----------	----------

<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、厚生労働省の厚生労働科学研究難治性疾患克服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、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。

## ◎申請される方へ

- ・ 特定疾患治療研究事業は、特定の疾患に罹患している患者について、患者又は保護者の申請に基づき、患者の医療費の自己負担分を、病状や所得に応じて公費で負担する制度です。

公費負担の範囲は、対象疾患及び当該疾患に付随して発現する傷病に関わる医療に限られ、また、保険診療外の負担は対象ではありません。

- ・ 申請に必要な書類は、次のとおりです。ただし、必要に応じて医師の意見書を求めることがあります。

[新規申請及び更新申請 (毎年) ]

① 特定疾患医療受給者証交付申請書 (本申請書)

② 受療医療機関の医師による臨床調査個人票

③ 本人の住民票の写し (スモンの方の更新の場合は不要。)

④ 保険者からの所得区分に関する情報提供に係る同意書

⑤ 被保険者証又は組合員証の写し

⑥ 限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の写し (持っている方のみ)

⑦ ア 被用者保険の被保険者又は被扶養者で、被保険者が市町村民税非課税の場合 (⑥を提出された方は不要です。) → 被保険者の市町村民税 (非) 課税証明書

イ 国民健康保険組合が行う国民健康保険の被保険者 (⑥を提出された方は不要です。)

→ 組合員及び組合の世帯の被保険者全員の所得の状況及び市町村民税の課税状況を証明する書類

- ・ 受付は、保健所 (患者の住所地を管轄する健康福祉センター又は下関市立下関保健所) で行います。
- ・ 原則として、申請を受理した日から承認されるので、関係書類を速やかに保健所に提出してください。
- ・ 提出書類に基づき審査の上、適当と認められた場合には、特定疾患医療受給者証を申請者に交付します。



様式第 12 号

オレンジ

(裏面)

㊦ 特定疾患医療受給者証									
公費負担番号	5	1	3	5	6	0	1	2	
受給者番号									
受給者	住所								
	氏名								
	生年月日							性別	
病名									
受療医療機関	この証は、表記病名の治療を行う委託医療機関であれば、どこでも使用することができます。								
保険者									
被保険者証等の 記号・番号							適用 区分		
有効期間									
月額自己 負担限度額	入院								円
	外来等								円
山口県知事 ○ ○ ○ ○									
交付年月日									

注意事項

- この証を交付された方は、承認された疾患について保険診療を受けた場合、その自己負担分を支払う必要はありません。
- 対象となる医療は、承認された疾患及び当該疾患に付随して発現する傷病に対する医療に限られています。
- 保健医療機関等において診療を受ける場合、被保険者証、組合員証に添えて、この証を必ず窓口へ提出してください。
- 以下の事由が発生した場合は、速やかに健康福祉センター又は下関市立下関保健所に届出等を行ってください。
  - ①氏名、住所、加入している医療保険、被保険者証等の記号・番号、生計中心者又は所得に関する状況等に変更があったとき。  
ただし、県外へ転出する場合において、転出後も本証の交付を受けたい場合は、転出日の属する月の翌月の末日までに本証の写しを転出先の都道府県知事に提出してください。
  - ②治ゆ、死亡等で受給者の資格がなくなったとき
  - ③この証を破損したり、汚したり又は紛失したとき
- この証の有効期間満了後も引き続き治療の継続を希望する場合には、必ず有効期間内に所定の手続きを行ってください。

① 特定疾患医療受給者証								
公費負担番号	5	1	3	5	6	0	1	2
受給者番号								
受給者	住所							
	氏名							
	生年月日						性別	
病名								
受療医療機関	この証は、表記病名の治療を行う委託医療機関であれば、どこでも使用することができます。							
保険者								
被保険者証等の記号・番号						適用区分		
有効期間								
月額自己負担限度額	入院							円
	外来等							円
山口県知事 ○ ○ ○ ○								
交付年月日								

注意事項

- この証を交付された方は、承認された疾患について保険診療を受けた場合、その自己負担分を支払う必要はありません。
- 対象となる医療は、承認された疾患及び当該疾患に付随して発現する傷病に対する医療に限られています。
- 保健医療機関等において診療を受ける場合、被保険者証、組合員証に添えて、この証を必ず窓口へ提出してください。
- 以下の事由が発生した場合は、速やかに健康福祉センター又は下関市立下関保健所に届出等を行ってください。
  - ①氏名、住所、加入している医療保険、被保険者証等の記号・番号、生計中心者又は所得に関する状況等に変更があったとき。  
ただし、県外へ転出する場合において、転出後も本証の交付を受けたい場合は、転出日の属する月の翌月の末日までに本証の写しを転出先の都道府県知事に提出してください。
  - ②治ゆ、死亡等で受給者の資格がなくなったとき
  - ③この証を破損したり、汚したり又は紛失したとき
- この証の有効期間満了後も引き続き治療の継続を希望する場合には、必ず有効期間内に所定の手続きを行ってください。

(スモン患者のみ)

医療機関のみなさまへ	
<p>特定疾患治療研究事業における スモンの取扱いについて</p>	
<p>1. スモン(SMON)は整腸剤キノホルムの副作用による薬害で、「亜急性脊髄・視神経・末梢神経障害」の略です。主症状は視覚、感覚、運動障害ですが、このほか中枢神経及び末梢神経が冒されることによる様々な症状が全身に幅広く併発する疾患であることが認められています。</p>	
<p>2. スモン患者に対する医療費については、スモンの患者救済対策の観点から、特定疾患治療研究事業の対象として、医療費の自己負担分を公費負担(補助率:10/10)としています。</p>	
<p>3. 薬害の被害者であるスモン患者であることをご理解のうえ、スモン患者に対する特定疾患治療研究事業の適用をお願いします。</p>	
症状	<p>神経症状(下肢の異常知覚、自律神経障害、頑固な腹部症状等)をはじめとして、循環器系及び泌尿器系の疾病のほか、骨折、白内障、振戦、高血圧、慢性疼痛、めまい、不眠、膝関節痛、腰痛など、歯科疾患を含め、今なお、全身に様々な症状が幅広く併発することから、診療・治療に当たってはスモンによる影響を十分配慮することが必要となっている。 ※症状の例示であって、スモンの全ての症状を記載しているものではない。</p>
<p>(平成22年2月4日 全国健康関係主管課長会議資料抜粋) 本件に対する照会先:厚生労働省医薬食品局総務課 医薬品副作用被害対策室 電話 03-3595-2400</p>	

健康増進第 号  
令和 年 ( 年 ) 月 日

様

山口県健康福祉部長

特定疾患医療受給者証交付不承認通知書

令和 年 月 日付けで申請のありましたこのことについて、下記の理由により承認できませんので通知します。

記

氏 名	
住 所	
病 名	
医療機関名	
理 由	

特定疾患医療受給者証再交付申請書

令和 年 月 日

山口県知事様

申請者（申出者）

住所 〒

TEL( ) -

氏名

患者との続柄( )

このことについて、下記の理由により再交付を申請します。

記

ふりがな 患者氏名		受給者番号							
住 所	〒  TEL( ) -								
医療機関									
再交付の理由(該当するものに○印をつけてください)									
1 紛失    2 破損※    3 汚損※    4 盗難									
5 その他:									
備 考									

※添付書類

・破損や汚損の場合は、その受給者証を添付してください。

特定疾患医療受給者証変更届出書

令和 年 月 日

山口県知事様

申請者（申出者）

住所 〒

TEL( ) -

氏名

患者との続柄( )

このことについて、下記のとおり変更しますので届け出ます。

記

ふりがな 患者氏名		受給者番号 <small>(県外からの転入は不要)</small>							
住 所	〒 TEL( ) -								
医療機関									
変更項目(あてはまるもの全てに○印をつけてください)									
1 氏名 2 住所(県内転居・県外からの転入) 3 医療保険の種別 4 被保険者証等の記号・番号 5 生計中心者 6 所得に関する状況 7 その他( )									
変更内容(あてはまるもの全てについて記入してください)									
旧 (変更前)									
新 (変更後)									
変更年月日	年	月	日	備 考					
				変更発行の要否 <small>(※保健所記入欄)</small>	要 ・ 不要				

※添付書類

- ①県外からの転入の場合は、交付されている受給者証又は登録者証の写し、被保険者証又は組合員証の写し及び住民票の写し(受給者の転入日が記載されているもの)を添付する。
- ②所得に関する状況が変更となる場合には、必要書類(世帯全員の住民票の写し、所得に関する状況が確認できる書類)を添付する。なお、原則として、受給者証の有効期間中においては、結婚、就労等による生計中心者の変更は必要ない。

特定疾患医療受給者証返還届出書

令和 年 月 日

山口県知事様

申請者（申出者）

住所 〒

TEL( ) -

氏名

患者との続柄( )

このことについて、下記の理由により返還します。

記

ふりがな 患者氏名		受給者番号								
住 所	〒  TEL( ) -									
医療機関										
返還の理由(該当するものに○印をつけてください)										
1 県外転出※      2 治ゆ      3 死亡      4 有効期間満了										
5 その他 :										
	※転出先	県外転出の場合は、転出先の住所を記入してください。								
返還の理由が生じた年月日	年 月 日									
備 考										



特定疾患医療費支給申請書

令和 年 月 日

山口県知事 様

申請者 住所 〒

TEL( ) -

ふりがな  
氏名

年 月分の医療費の支給を下記のとおり申請します。

記

患者	氏名				受給者番号				
	住所	〒			TEL( ) -				
	性別	男・女	生年月日	明・大・昭・平	年 月 日( 歳)				
保護者	氏名				患者との続柄				
保険種別	本人・家族				保険者負担割合	1	7割		
	協・組・船・共・国・退・後・介					2	8割		
						3	9割		
						4	( )割		
病名									
診療を受けた医療機関名									
支給申請額		円							
※決定	入院	診療実日数	診療費(A)	社会保険負担分(B)	診療費自己負担額(A-B=C)	食事自己負担額(D)	自己負担額計(C+D=E)	患者一部負担額(F)	支給決定額(E-F)
		日	円	円	円	円	円	円	円
	外来等	診療実日数	診療費(A)	社会保険負担分(B)	診療費自己負担額(A-B=C)			患者一部負担額(D)	支給決定額(C-D)
		日	円	円	円			円	円
	院外処方	診療実日数	診療費(A)	社会保険負担分(B)	診療費自己負担額(A-B=C)				
		日	円	円	円				

口座振替申出書

下記の口座に振り込んでください。

口座 名義人  (カタカナ)			銀行 信用金庫 農協	支店 支所 出張所	普通  当座	口座番号

注 (1) ※欄は記入しないでください。  
(2) 申請者と窓口に来られる方が異なる場合は委任状の提出が必要となります。

※経由保健所	保健所	※保健所受付日	・	・
※健康増進課受付日	・	・	※健康増進課決定日	・

特 定 疾 患 治 療 意 見 書

患 者 氏 名		男 ・ 女	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日生
病 名			
発 病 年 月 日		昭 和 ・ 平 成 年 月 日	
発病時の主要症状			
現 症	病 状 経 過		
	臨床病理学検査		
	そ の 他		
治 療 研 究	具体的治療方針		
	治療見込期間	年 月 日 から 年 月 日まで ( 日間)	

上記のとおり診断します。

令和 年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

主治医氏名

## 医 療 費 内 訳 書

患者氏名 \_\_\_\_\_

受給者番号 \_\_\_\_\_

上記特定疾患医療受給者の支払済医療費の内訳については、下記のとおりです。

診療期間：           年    月    日から           年    月    日まで

	特定疾患承認期間外 年 月 日から 年 月 日まで	特定疾患承認期間内 年 月 日から 年 月 日まで	合 計
診 察 料	円	円	円
投 薬 料	円	円	円
処 置 ・ 手 術 料	円	円	円
検 査 料	円	円	円
画 像 診 断 料	円	円	円
そ の 他 ( )	円	円	円
入 院 料	円	円	円
計	円	円	円
患者一部負担金	円	円	円
食 事 負 担 金	円	円	円
薬 剤 負 担 金	円	円	円
そ の 他 ( )	円	円	円
患者負担額合計 ① + ② + ③ + ④	円	円	円

①  
②  
③  
④

※高額療養費適用： 有（金額 \_\_\_\_\_ 円）・ 無

令和    年    月    日

医療機関所在地  
医 療 機 関 名  
代 表 者

印

※押印は、医療機関等の法人印若しくは代表者印をお願いします。押印の無いものは無効となります。

## 同 意 書

特定疾患治療研究事業に係る医療の給付を受けるにあたり必要があるときは、私の医療保険上の所得区分に関する情報につき、山口県が私の加入する医療保険者から報告を求めることに同意します。

令和 年 月 日

山口県知事 殿

患者ご本人

住 所

氏 名

代理の方

(※患者ご本人が申請される場合は不要)

住 所

氏 名

(本人との続柄： )

## 同 意 書

特定疾患治療研究事業に係る医療の給付を受けるにあたり必要があるときは、私の医療保険上の所得区分及び課税状況に関する情報につき、山口県が私の加入する医療保険者及び私が居住する市町の長から報告を求めることに同意します。

令和 年 月 日

山口県知事 殿

患者ご本人

住 所

氏 名

代理の方

(※患者ご本人が申請される場合は不要)

住 所

氏 名

(本人との続柄： )