

小児慢性特定疾病登録者証申請書 兼 記載事項変更届

患者	ふりがな		生年月日	生 年 月 日		
	氏 名			年 月 日		
	個人番号			(満 歳)		
	住 所	〒 ー				
	疾 病 名	添付書類に記載のとおり				
申 ※請 保 護 者 等 者	ふりがな		患者 との続柄		電話 番号	
	氏 名	<input type="checkbox"/> 患者に同じ				
	住 所	<input type="checkbox"/> 患者に同じ 〒 ー				
上記のとおり、登録者証の発行を申請します。						
岡山市長 殿						
年 月 日						
申請(届出)者氏名 _____						

《添付書類》

- 必ず以下のいずれかを添付してください。
- ・小児慢性特定疾病医療費の受給者証(有効期間内のものに限る)
 - ・小児慢性特定疾病指定医の作成した医療意見書

※登録者証の交付は、マイナンバー情報連携を活用します。

■申請にあたっての同意事項

提出した医療意見書等の記載内容について疑義が生じた場合に、岡山県が医療機関に直接内容を照会し、医療機関が訂正したものを申請書の添付書類として利用することに同意

します。また、審査結果については、必要に応じて医療意見書等を記載した医師の勤務する医療機関に対して情報を提供することに同意します。

■医療意見書情報の研究等への利用について

厚生労働大臣 殿

別紙「医療意見書情報の研究等への利用に関するご説明」とおり、提出した医療意見書の情報が、①厚生労働省のデータベースに登録されること、②研究機関等の第三者に提供され、小児慢性特定疾病に関する創薬の研究開発等に利用されることについては、次のとおりです。

医療意見書情報の研究等への利用に 同意する 同意しない