

登録者証(小児慢性特定疾病)申請書 兼 記載事項変更届

患者	フリガナ											生年月日	平成 令和	年	月	日	(満 歳)		
	氏名																		
	住所	〒																	
	疾病名	別添書類に記載のとおり																	
	個人番号																		
申請(届出)者	フリガナ											患者との続柄	日中に連絡がつく電話番号						
	氏名	<input type="checkbox"/> 患者に同じ																	
	住所	<input type="checkbox"/> 患者に同じ 〒																	
	別送先	〒 送付先に上記以外の住所を希望する場合は宛名と住所を記入																	
登録者証の発行方法	マイナンバーカード(データ連携のみ) ・ 受給者証兼用																		
私は、下記の「申請にあたっての同意事項」に同意の上、登録者証の発行を申請します。																			
岡山県知事 殿																			
令和 年 月 日																			
申請(届出)者氏名 _____																			

■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

※がない場合は、同意されたものとみなします。

以下、記入不要

添付書類		医療意見書		受給者証
------	--	-------	--	------

受付印