

特定医療（指定難病）受給者証に関する更新のご案内

現在、お持ちの特定医療（指定難病）受給者証を更新される場合は、各自治体から送付される更新案内のとおり受給者証の有効期間内に更新手続きが必要となります。各自治体より更新案内が届き次第、ご自身でお申込みください。

●提出書類 【必須】

〈郵送申込の場合〉

以下の提出書類をご記入の上、**患者サービス課 公費窓口宛**に送付ください。

（宛名ラベルをご使用ください）

※送付の際は、切手の貼り忘れ、郵送料金不足にご注意ください。

〈窓口申込の場合〉

以下の提出書類をご記入の上、③-1 更新書類受付窓口へご持参ください。

（医師に直接申込はできません）

	書類名	備考
①	文書交付申込書	記入例をご参照ください。 ※3枚目は患者さんの控えです。切り離して保管してください。
②	臨床調査個人票 ※1～2枚目の「基本情報欄」をご記入ください。（記入例参照）	各自治体より送付されます。 詳細については各自治体へお問合せください。 【自治体より更新案内送付予定時期】 福岡県、北九州市：令和8年6月上旬頃 福岡市：6月中旬頃
※③は郵送受取をご希望の方のみ必須となります。		
③	返信用宛名票	返送先住所をご記入ください。

●受取方法 ※原則受取方法の変更はできません。

〈郵送受取をご希望の場合〉

郵送受取をご希望の場合、別途郵送料（レターパックライト[推奨]：430円、普通郵便：180円）をご負担いただきます。

ご自身で返信用封筒をご用意いただく場合は、郵送先の住所を記載のうえ180円の切手を貼り付けてください。

〈窓口受取をご希望の場合〉

電話連絡が必要な場合は、確実に繋がる電話番号をご記入ください。

●臨時窓口受付期間等

- ・期間：令和8年6月1日（月）～令和8年7月31日（金）
- ・時間：8時30分～17時00分
- ・場所：外来診療棟1階 ③-1 更新書類受付（裏面参照）

宛名ラベル（郵送時にご使用ください）

〒812-8582

福岡市東区馬出3-1-1

九州大学病院

患者サービス課 公費窓口 宛

【指定難病更新用臨床調査個人票 在中】

●提出書類チェックリスト

項目	チェックポイント	確認欄
文書交付申込書	・受取方法について、窓口受取か郵送受取のどちらかにチェックをつきましたか。	<input type="checkbox"/>
	・3枚目の患者控は切り離していますか。	<input type="checkbox"/>
臨床調査個人票	・1～2枚目の基本情報の欄は記入しましたか。	<input type="checkbox"/>
返信用宛名票	・郵送受取をご希望される方は、送付先住所を記入しましたか。	<input type="checkbox"/>

●更新書類受付場所（③-1 更新書類受付窓口）



〈外来診療棟 1階〉

【お問い合わせ先】

九州大学病院 患者サービス課
公費担当
TEL : 092-642-5158

特定医療(指定難病)限定 文書交付申込書

- 1) 文書記載後の申込の取消及び返金はできません。あらかじめご了承ください。
- 2) 文書完成まで約1ヶ月の日数をいただきます。
- 3) 文書料金(5,000円+税)は、お渡しの際、または入金案内にて請求いたします。

フリガナ		診察券番号							
患者氏名		電話番号							
生年月日(西暦)	年 月 日								
※ 患者本人以外が申込み場合はご記入ください。									
申込者氏名				続柄					

〈申込内容〉

<input type="checkbox"/> 新規申込 / <input type="checkbox"/> 更新(前年作成医療機関名: <input type="checkbox"/> 九大病院 / <input type="checkbox"/> 九大病院以外()	
※申込みの疾患No.または疾患名をご記入ください。	
疾患①	疾患No.() / 疾患名() 診療科() 科) 主治医名()
疾患②	疾患No.() / 疾患名() 診療科() 科) 主治医名()
医療費管理表が必要ですか。	前回の診察日から申込日まで、1年以上経過していますか。
<input type="checkbox"/> 必要 / <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 1年以上経過している / <input type="checkbox"/> 1年以内 / <input type="checkbox"/> わからない

〈受取方法〉原則変更できません。

<input type="checkbox"/> 郵送による受取を希望する。(封筒、切手等は当院で準備します。)	
郵送料をご負担いただきます。 <input type="checkbox"/> レターパックライト(430円)【推奨】 *土日祝日配送があり、郵便追跡サービスがご利用可能です。 <input type="checkbox"/> 普通郵便(切手代:180円)	
<input type="checkbox"/> 郵送による受取希望する。(ご自身で返信用封筒を用意。) 郵送先の住所を記載のうえ、180円の切手を貼付けてください。	
<p style="color: red;">* 郵送による受取の方には、記載完了の連絡はいたしません。</p> <p style="color: red;">* 当院では、郵送による紛失に関して一切の責任を負いかねます。</p> <p style="text-align: center;">上記について同意しました。 自 著</p>	
<input type="checkbox"/> 窓口で受取を希望する。(受付時間は、平日8時30分から17時です。受取窓口は、20番または③-1番です。) (記載完了連絡) <input type="checkbox"/> 必要 / <input type="checkbox"/> 不要 (連絡先) <input type="checkbox"/> 患者本人 / <input type="checkbox"/> 申込者 <p style="color: red;">※連絡が必要な場合は、確実に繋がる電話番号をご記入ください。</p>	
第1連絡先	第2連絡先
<p style="color: red;">※メールでの連絡を希望される場合も確実に繋がる電話番号をご記入ください。</p>	
メールアドレス	(送信エラーの場合は電話で連絡いたします。)

九州大学病院 患者サービス課 公費担当
 〒812-8582 福岡市東区馬出3-1-1
 電話: 092-642-5158
 平日: 8:30~17:00(土・日・祝日を除く)

月 日 上記の文書を受取りました。

自 著

----- ここから下は記入しないでください。 -----

〈公費窓口記載欄〉

受付日: / 発送日: / 完成連絡日: / 入金確認: 入金済 ・ 未
 受付者: _____ 来院予定日: /

返信用宛名票

- 郵送で、臨床調査個人票の受け取りを希望される場合は、郵便番号・住所・氏名をご記入の上、提出ください。
- 団地・アパート等に居住している場合は、棟番号・戸番号をご記入ください。
- 住所等に変更があった場合は、受診時に外来受付へお申し出ください。

(送り先住所)

□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---

都道
府県

(氏名)

様

↑
普通郵便希望の方
180円

レターパック希望の方
430円【推奨】



(送り先住所)

□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---

(氏名)

様

(電話番号)

()

特定医療(指定難病)限定 文書交付申込書

- 1)文書記載後の申込の取消及び返金はできません。あらかじめご了承ください。
 2)文書完成まで約1ヶ月の日数をいただきます。
 3)文書料金(5,000円+税)は、お渡しの際、または入金案内にて請求いたします。

記入例

フリガナ	キウダイ タロウ	診察券番号	1	2	3	4	5	6	7	8
患者氏名	九大 太郎	電話番号	090-1234-5678							
生年月日(西暦)	1990 年 1 月 1 日									
※ 患者本人以外が申込み場合はご記入ください。										
申込者氏名		続柄								

〈申込内容〉

<input type="checkbox"/> 新規申込 / <input checked="" type="checkbox"/> 更新(前年作成医療機関名: <input checked="" type="checkbox"/> 九大病院 / <input type="checkbox"/> 九大病院以外()	
※申込みの疾患No.または疾患名をご記入ください。	
疾患①	疾患No.() / 疾患名(○○○○○○○○) 診療科(○○○○ 科) 主治医名(○○ ○○)
疾患②	疾患No.() / 疾患名() 診療科() 科) 主治医名()
医療費管理表が必要ですか。	前回の診察日から申込日まで、1年以上経過していますか。
<input type="checkbox"/> 必要 / <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 1年以上経過している / <input type="checkbox"/> 1年以内 / <input type="checkbox"/> わからない

〈受取方法〉原則変更できません。

<input checked="" type="checkbox"/> 郵送による受取を希望する。(封筒、切手等は当院で準備します。)			
郵送料をご負担いただきます。 <input checked="" type="checkbox"/> レターパックライト(430円)【推奨】 *土日祝日配送があり、郵便追跡サービスがご利用可能です。 <input type="checkbox"/> 普通郵便(切手代:180円)			
<input type="checkbox"/> 郵送による受取希望する。(ご自身で返信用封筒を用意。)			
郵送先の住所を記載のうえ、180円の切手を貼付けてください。 *郵送による受取の方には、記載完了の連絡はいたしません。 *当院では、郵送による紛失に関して一切の責任を負いかねます。 <p style="text-align: center;">上記について同意しました。 自 著 九大 太郎</p>			
<input type="checkbox"/> 窓口で受取を希望する。(受付時間は、平日8時30分から17時です。受取窓口は、20番または③-1番です。)			
(記載完了連絡) <input type="checkbox"/> 必要 / <input type="checkbox"/> 不要 (連絡先) <input type="checkbox"/> 患者本人 / <input type="checkbox"/> 申込者 ※連絡が必要な場合は、確実に繋がる電話番号をご記入ください。			
第1連絡先	090-1234-5678	第2連絡先	092-123-4567
※メールでの連絡を希望される場合も確実に繋がる電話番号をご記入ください。			
メールアドレス	(送信エラーの場合は電話で連絡いたします。)		

九州大学病院 患者サービス課 公費担当
 〒812-8582 福岡市東区馬出3-1-1
 電話:092-642-5158
 平日:8:30~17:00(土・日・祝日を除く)

月 日 上記の文書を受取りました。
 自 著

----- ここから下は記入しないでください。 -----

〈公費窓口記載欄〉

受付日: / 発送日: / 完成連絡日: / 入金確認: 入金済 ・ 未
 受付者: _____ 来院予定日: /

001 球形随性筋萎縮症

■ 患者情報

保険情報	保険者番号	被保険者記号	
	被保険者番号	被保険者個人単位枝番	
	資格取得年月日	西暦	年 月 日 <small>*以降、数字は右詰めで記入</small>
氏名	セイ	キユウダイ	メイ タロウ
	姓	九大	太郎
以前の登録氏名	セイ	メイ	
	姓		
住所	郵便番号	8 1 2 - 8 5 8 2	
	都道府県	福岡県	
	市区町村	福岡市東区馬出	
	丁目番地等	3丁目1番1号	
生年月日	西暦	1 9 5 0 年 0 4 月 0 1 日	
性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		
出生地	都道府県	福岡県	
	市区町村	福岡市東区	

■ 基本情報

家族歴	発症者続柄	<input type="checkbox"/> 1. あり <input checked="" type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	発症者続柄	<input type="checkbox"/> 1. 父 <input type="checkbox"/> 2. 母 <input type="checkbox"/> 3. 子 <input type="checkbox"/> 4. 同胞 (男性) <input type="checkbox"/> 5. 同胞 (女性) <input type="checkbox"/> 6. 祖父 (父方) <input type="checkbox"/> 7. 祖母 (父方) <input type="checkbox"/> 8. 祖父 (母方) <input type="checkbox"/> 9. 祖母 (母方) <input type="checkbox"/> 10. いとこ <input type="checkbox"/> 11. その他 *11を選択の場合、以下に記入
	発症時期	西暦 年 月
	社会保険	
	介護認定	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 要介護 <input type="checkbox"/> 2. 要支援 <input type="checkbox"/> 3. なし
	要介護度	<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	生活状況	
	移動の程度	<input type="checkbox"/> 1. 歩き回るのが問題はない <input checked="" type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 寝たきりである
	身の回りの管理	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 洗面や着替えに問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 自分でできない
	ふだんの活動	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 行うことができない
	痛み/不快感	<input type="checkbox"/> 1. ない <input checked="" type="checkbox"/> 2. 中程度ある <input type="checkbox"/> 3. ひどい
不安/ふさぎ込み	<input type="checkbox"/> 1. 問題はない <input checked="" type="checkbox"/> 2. 中程度 <input type="checkbox"/> 3. ひどく不安あるいはふさぎ込んでいる	
手帳取得状況		
身体障害者手帳	<input checked="" type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり (等級 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級)	
療育手帳	<input checked="" type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり	
精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)	<input checked="" type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり (等級 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級)	
人工呼吸器等装着者認定基準に該当	<input type="checkbox"/> 1. する <input checked="" type="checkbox"/> 2. しない <input type="checkbox"/> 3. 不明	