

難病医療費助成指定医 更新申請書

申請日を記入してください。

●● 年 ● 月 ● 日

岩手県知事 様

指定医番号 03●●●●●●●●

医師氏名 岩手 太郎

難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する医師の指定について更新したいので、下記のとおり申請します。

申請区分		難病指定医		協力難病指定医	
①又は②のいずれかを記載	①	専門医の資格の名称	神経内科専門医	専門医の認定機関	日本神経学会
	②	研修の名称	岩手県難病指定医研修	研修修了日	●●年●月●日
変更のある事項にチェックし、変更後の内容を記載	<input checked="" type="checkbox"/>	指定医氏名	岩手 太郎		
	<input checked="" type="checkbox"/>	連絡先	〒○○○ - ○○○○ 岩手県○○市○○町○丁目○ - ○ (電話番号 ▲▲ - ▲▲▲ - ▲▲▲▲)		
	<input checked="" type="checkbox"/>	医籍登録番号	第●●●●●●●●号		
	<input checked="" type="checkbox"/>	医籍登録年月日	大正 <u>昭和</u> 平成	▲▲ 年 ▲ 月 ▲▲ 日	
	<input checked="" type="checkbox"/>	主たる勤務先の医療機関	医療機関名	保健福祉部病院	
所在地			〒●●●● - ●●●● 岩手県盛岡市内丸10番1号		
電話番号			019 - 123 - 4567		
担当する診療科			神経内科		

今回の更新で全員が難病指定医となります。

申請日時点で有効な専門医資格をお持ちの場合は①を記載してください。申請日時点で有効な専門医資格をお持ちでない場合は②を記載してください。

医籍登録番号、登録年月日に変更がある場合は医師免許の写しを添付してください。

記載事項に変更がある場合はチェックをし、変更後の内容を記載してください。※変更がない場合は記載不要です。

複数の勤務先がある場合は裏面に記入してください。

添付書類

- 難病指定医の更新申請の際は、専門医に認定されていることを証明する書類 (写し可) 又は難病指定医の研修修了を証明する書類 (写し可)
- 協力難病指定医の申請の際は、協力難病指定医の研修修了を証明する書類 (写し可)
- 医籍の登録番号及び登録年月日に変更がある場合は、医師免許証の写しを添付。

(裏面)

○ 主たる勤務先以外に勤務をすることのある医療機関

1	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
2	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
3	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
4	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
5	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	

複数の勤務先がある場合は記載してください。