「手のひらサポート」療養費を申請される方へ

給付対象にあてはまっている方は、どなたでも申請できます。
まだ手術を受けていない方も、穿刺細胞診で甲状腺がんと診断・告知されていれば申請できます。

申請に必要な書類

下記の書類をすべてお送りください。

① 療養費給付申請書
② 診療情報１
③ 健康保険証のコピー
④ 診察券のコピー
⑤ 診療報酬等明細書※のコピー

※診療報酬等明細書とは

診療報酬等明細書（レセプト）は、医療機関が行った処置や使用した薬剤等を記載した明細書のことで、領収書とは別のものです（領収書と一緒になっている場合もあります）。手術やアイソトープ治療などを受けたときの明細書が最適です。

お手元にない場合は、手術の際の同意書や治療の説明書のコピーなど、治療を受けたことがわかる資料でも構いません。

再手術された方、またはアイソトープ治療（アブレーションを含む）を行っている方

⑥ **診療情報２も一緒にお送りください。**

複数の病院で受診された方（転院された方）

⑦ **診療情報３も一緒にお送りください。**

同封書類がご不明の場合は、お気軽に事務局（0120-966-544、申請専用無料通話）にご相談ください。ご申請をお待ちしております。

申請書類送付先

〒160-0003　東京都新宿区四谷本塩町4-15　新井ビル３階
手のひらサポート　行

3・11甲状腺がん子ども基金
3・11 Fund for Children with Thyroid Cancer

3·11甲状腺がん子ども基金
3·11 Fund for Children with Thyroid Cancer

療養費給付申請書

下記のとおり NPO 法人３・１１甲状腺がん子ども基金の療養費給付を申請します。

記入日（西暦）　　年　　月　　日

申請者					
フリガナ お名前		受診者との続柄	本人 ・ 父 ・ 母 その他（　　）		
受診者との続柄欄で「本人」と記入した場合、右記の性別・年齢・生年月日欄にご記入下さい		性別	男・女	現年齢	歳
		生年月日	(西暦)　　年　　月　　日		
現住所	〒				
原発事故当時の住所	〒				
電話番号		メールアドレス			

受診者　申請者と異なる場合は記入してください。（住所が申請者と同じ場合、同上で可）					
フリガナ お名前		性別	男・女	現年齢	歳
		生年月日	(西暦)　　年　　月　　日		
現住所	〒				
原発事故当時の住所	〒				
電話番号		メールアドレス			
この基金を知ったきっかけ　（例：テレビ、〇〇新聞、基金 HP、SNS、知人など）					

個人情報の取り扱いについて

本申請書に添付された診療情報は厳重に管理し、療養費給付の審査ならびに、甲状腺がんと診断された患者の治療環境と生活の質（QOL）の向上及び被ばくとの因果関係の解明や政策提言等に使用させていただきます。

個人が特定されないよう、情報の保護に十分配慮し、上記目的以外には一切使用することはありません。

私は個人情報の取り扱いについて上記の説明を確認し、同意します。

受診者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（自署が難しい場合は保護者代筆可能）

保護者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（受診者が 18 歳未満の場合は保護者も署名してください）

受診者名	

診療情報１（全員必ずご記入ください）

□の箇所は、該当するところにチェック☑をしてください。西暦でご記入ください。

甲状腺がんと診断された検査（穿刺細胞診）について教えてください			
受診のきっかけ	□ 検診 右から選択	□福島県民健康調査　□自治体検診（自治体名　　）	
		□その他（受診機関：　　）	
	□ 自覚症状（症状：　　）		
医療機関		医師名	
検査日	２０　　年　　月　　日	告知日	２０　　年　　月　　日
腫瘍径	最大径	【結節】　　．　　ミリメートル（センチでなくミリでご記入ください）	
	個数	単発　／　多発（　　個）	
医師に言われたこと等			

甲状腺摘出手術と手術後の確定診断結果について教えてください			
医療機関		執刀医名	
入院期間	２０　　年　　月　　日 ～ ２０　　年　　月　　日		
手術日	２０　　年　　月　　日 ※これから手術を受ける方は手術予定日		
術式	□全摘　□半摘（□左・□中央・□右）□リンパ節切除あり　□内視鏡手術		
がんの種類	□乳頭がん□濾胞がん□ずい様がん□低分化がん□未分化がん□その他		
転移等	リンパ節転移（あり・なし）甲状腺皮膜外浸潤（あり・なし） 遠隔転移（あり・なし）※TNM 分類(　　)		
腫瘍径	．　　ミリメートル（センチでなくミリの数値でご記入ください）		
医師に言われたこと等			

現在の状況について教えてください			
通院頻度	□１年に１回程度　□半年に１回程度　□３ヶ月に１回程度　□その他		
最終受診日	２０　　年　　月　　日		
医療機関		主治医	
薬剤処方	甲状腺ホルモン剤の処方　□あり・□なし		
体調など			

「福島県県民健康調査」や「自治体検査」で検査を受けた方は結果を教えてください			
1回目検診:20　年　月	2回目:20　年　月	3回目:20　年　月	4回目:20　年　月
Ａ１・Ａ２・Ｂ・Ｃ・忘れた・受けていない	Ａ１・Ａ２・Ｂ・Ｃ・忘れた・受けていない	Ａ１・Ａ２・Ｂ・Ｃ・忘れた・受けていない	Ａ１・Ａ２・Ｂ・Ｃ・忘れた・受けていない

基金記入欄	

全員ご記入・ご送付ください

診療情報１記入上の注意

診療情報１　(必ず記入してください)

□の箇所は、該当するところにチェック☑をしてください。西暦でご記入ください。

甲状腺がんないし疑いと診断された検査（穿刺細胞診・超音波）について教えてください

受診理由	□検診 右から選択	□福島県民健康調査　□自治体検診（自治体名　　）	
		□その他（受診機関：　　）	
	□自覚症状（症状：　　）		
医療機関		医師名	
検査日	２０　　年　　月　日	告知日	２０　　年　　月　　日
腫瘍径	最大径	【結節】　　．　　ミリメートル（センチでなくミリでご記入ください）	
	個数	単発　／　多発（　　個）	
医師に言われたこと等			

甲状腺摘出手術と手術後の確定診断結果について教えて

医療機関		執刀医名	
入院期間	２０　　年　　月　　日 ～ ２０　　年　　月　　日		
手術日	２０　　年　　月　　日 ※これから手術を受ける方は手術予定日		
術式	□全摘　☑半摘（☑左・□中央・□右）☑リンパ節切除あり　☑内視鏡手術		
がんの種類	☑乳頭がん□濾胞がん□ずい様がん□低分化がん□未分化がん□その他		
転移等	リンパ節転移（あり・なし）甲状腺皮膜外浸潤（あり・なし）		
	遠隔転移（あり・なし）※TNM 分類（ 例：T1bN1bM0 ）		
腫瘍径	．　ミリメートル（センチでなくミリでご記入ください）		
医師に言われたこと等			

リンパ節転移はなかったけれど予防的にリンパ節を切除した人は、この欄にチェックし、リンパ節転移は「なし」に○印をつけてください。

内視鏡手術の方も、全摘か半摘かについてご記入ください。

甲状腺がんが皮膜を超えて、周囲の結合組織に進展してしまうことを指します。わかる方はご記入ください

術後の診断説明書などに書いてあることがあります。わかる方はご記入ください。

現在の状況について教えてください

通院頻度	□１年に１回程度　□半年に１回程度　□３ヶ月に１回程度　□その他		
最終受診日	２０　　年　　月　　日		
医療機関		主治医	
薬剤処方	甲状腺ホルモン剤の処方　□あり・□なし		
体調など			

「福島県県民健康調査」や「自治体検査」で検査を受けた方はその結果を教えてください

1回目検診:20　年　月	2回目:20　年　月	3回目:20　年　月	4回目:20　年　月
A１・A２・B・C・忘れた・受けていない	A１・A２・B・C・忘れた・受けていない	A１・A２・B・C・忘れた・受けていない	A１・A２・B・C・忘れた・受けていない

受診者名	

診療情報２（再発の方、アブレーション・アイソトープ治療の方はご記入・ご送付ください）

① がんが再発や遠隔転移し、再手術した方のみ、以下をご記入ください。

２度目の摘出手術と手術後の確定診断結果について教えてください			
医療機関		執刀医	
入院期間	２０　　年　　月　　日　～　２０　　年　　月　　日		
手術日	２０　　年　　月　　日		
がんの種類	□乳頭がん□濾胞がん□ずい様がん□低分化がん□未分化がん□その他		
術式	□残っていた半葉（全摘状態になった）□リンパ節のみ		
転移等	リンパ節転移（□あり・□なし）甲状腺被膜外浸潤（□あり・□なし） 遠隔転移（□肺・□骨・□脳・□他・□なし） ※TNM 分類が分かる方はお書きください。（　　）		
腫瘍径	.　　ミリメートル（センチでなくミリでご記入ください）		
再発・転移までの経過			

② アブレーション、アイソトープ治療を受けている方のみ、以下をご記入ください。

最近受けたアブレーション治療・アイソトープ治療について教えてください			
入院の有無	□入院による治療　□外来での治療		
治療待ち期間	ヶ月（２０　　年　　月～　２０　　年　　月）		
医療機関		担当医	
ヨウ素制限期間と方法	２０　　年　　月　　日　～　２０　　年　　月　　日 □タイロゲンを使用する方法　□休薬法		
服用日	２０　　年　　月　　日		
ヨード剤内服	年　　月　　日　　ヨード内服量（　　）MBq		
サイログロブリンまたはカルシトニンの数値	治療直後の数値： ３ヶ月後の数値： 半年後の数値：　　最新の数値：		
複数回治療を受けている方はその回数と実施日	計（　　）回 年　　月　　日（□外来・□入院）（　　）MBq 年　　月　　日（□外来・□入院）（　　）MBq 年　　月　　日（□外来・□入院）（　　）MBq 年　　月　　日（□外来・□入院）（　　）MBq		
甲状腺がん以外の体調変化や現在の状況など			

基金記入欄	

当てはまる方のみご記入・ご送付下さい

診療情報２記入上の注意

診療情報２（再発の方、アブレーション・アイソトープ治療の方はご記入・ご送付ください）

① がんが再発や遠隔転移した方、再手術した方のみ、以下をご記入のうえ、お送りください。

医療機関		執刀医	
入院期間	２０　年　月　日 ～ ２０　年　月　日		
手術日	２０　年　月　日		
がんの種類	□乳頭がん□濾胞がん□ずい様がん□低分化がん□未分化がん□その他		
術式	□残っていた半葉（全摘状態になった）□転移したリンパ節のみ		
転移等	リンパ節転移（□あり・□なし）甲状腺被膜外浸潤（□あり・□な 遠隔転移（□肺・□骨・□脳・□他・□なし） ※TNM 分類が分かる方はお書きください。（ 例：T1bN1bM0）		
腫瘍径	.　ミリメートル　（センチでなくミリでご記入ください）		
再発・転移までの経過			

術後の診断説明書などに書いてあることがあります。

②アブレーション、アイソトープ治療を受けている方のみ、以下をご記入のうえ、お送りください。

最近受けたアブレーション治療・アイソトープ治療について教えてください			
入院の有無	□入院による治療　□外来での治療		
治療待ち期間	ヶ月（２０　年　月～　２０　年　月）		
医療機関		担当医	
ヨウ素制限期間と方法	２０　年　月　日 ～ ２０　年　月　日 □タイロゲンを使用する方法　□休薬法		
服用日	２０　年　月　日		
ヨード剤内服	年　月　日　ヨード内服量（　　）MBq		
サイログロブリンまたはカルシトニンの数値	治療直後の数値： ３ヶ月後の数値： 半年後の数値：　　最新の数値：		
複数回治療を受けている方はその回数と実施日	計（　　）回 年　月　日（□外来・□入院）（　　）MBq 年　月　日（□外来・□入院）（　　）MBq 年　月　日（□外来・□入院）（　　）MBq 年　月　日（□外来・□入院）（　　）MBq		
甲状腺がん以外の体調変化や現在の状況など			

治療時の説明書などに書いてあると思います。わかる方はご記入ください。

治療後のデータをもらっている方はご記入ください。

治療時の説明書などに書いてあると思います。わかる方はご記入ください。

受診者名	

診療情報３　（転院された方はご記入・ご送付ください）

複数の病院を転院・受診された方のみ以下をご記入ください。
書ききれない場合は裏側にご記入ください。

最初に受診した病院			
医療機関		医師名	
受診時期	２０　　年　　月　　～　２０　　年　　月頃		
診察内容			
転院理由			

２つ目の病院			
医療機関		医師名	
受診時期	２０　　年　　月　　～　２０　　年　　月頃		
診察内容			
転院理由			

３つ目の病院			
医療機関		医師名	
受診時期	２０　　年　　月　　～　２０　　年　　月頃		
診察内容			
転院理由			

４つ目の病院			
医療機関		医師名	
受診時期	２０　　年　　月　　～　２０　　年　　月頃		
診察内容			
転院理由			

基金記入欄	