

国民健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

療養を受ける方	記号・番号	記号	4	番号		
	氏 名					
	個人番号				生年月日	年 月 日
	疾 病 名	1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2. 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害 又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害(いわゆる血友病) 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。)				
医師の意見書	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 年 月 日 医療機関 所在地 名 称 医師名 印 ※自署する場合には押印を省略することができます。					

上記のとおり、国民健康保険 特定疾病療養受療証の交付を申請します。

年 月 日

【世 帯 主】

住 所

氏 名

個人番号 | |

電話番号 — —

【手 続 者】 ※世帯主以外の場合に記入

住 所

氏 名 世帯主との関係

電話番号 — —

申請月の1日か、国民健康保険の適用開始日のどちらか遅い方から利用できます。

以下市処理欄

本人確認(資格確認書・マイナンバーカード・免許証・パスポート・その他)

受付	入力	確認	認定	引渡	発効期日	交付(郵送)日	受 付 印
					・ ・	・ ・	
					区 分	交付方法	
:	:	:	:	:	1万円・2万円	手渡・郵送	