

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	番号		
	氏名				
	個人番号 (マイナンバー)			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因子障害等			
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 ㊟ ※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使用できます。

以下市処理欄

本人確認(保険証・運転免許証・医療証・その他)

受付	入力	確認	認定	引渡	発効期日	交付日	受付印
					・	・	
					区 分		
：	：	：	：	：	1万円・2万円	一般・退職	