

国民健康保険特定疾病受療証交付申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	世帯主氏名 及び生年月日	氏 名	生年月日			年 月 日
	被保険者番号		区 分	一般 退本 退扶 高齢(2割・3割)		
	認定対象者 氏 名		認定対象者 生年月日	年 月 日	世帯主	
	個人番号					との続柄
	認定対象者の 住 所					
	疾 病 名	<input type="checkbox"/> 人工腎臓を実施している慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 欄	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 令和 年 月 日 医療機関の名称 所在地 医 師 名					
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 住 所 世帯主 氏 名 三 次 市 長 様						

来庁者(世帯主との続柄)	
本人確認書類	運転免許証／個人番号カード その他()

処理欄	自己負担限度額
窓口交付・郵便交付 (令和 年 月 日)	万円

受 付	
受付印	職員名