

# 国民健康保険特定疾病受療証交付申請書

|                                                |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                           |               |               |                   |  |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------|-------------------|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>欄 | 世帯主氏名<br>及び生年月日                                                                       | 氏 名                                                                                                                                                                                                       |               | 生年月日<br>年 月 日 |                   |  |
|                                                | 被保険者番号                                                                                |                                                                                                                                                                                                           |               | 区 分           | 一般<br>高齢( 2割・3割 ) |  |
|                                                | 認定対象者<br>氏 名                                                                          |                                                                                                                                                                                                           | 認定対象者<br>生年月日 | 年 月 日         | 世帯主<br>との続柄       |  |
|                                                | 個 人 番 号                                                                               |                                                                                                                                                                                                           |               |               |                   |  |
|                                                | 認定対象者の<br>住 所                                                                         |                                                                                                                                                                                                           |               |               |                   |  |
|                                                | 疾 病 名                                                                                 | <input type="checkbox"/> 人工腎臓を実施している慢性腎不全<br><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<br>又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害<br><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<br>(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<br>師<br>の<br>意<br>見<br>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。<br><br>年 月 日<br><br>医 療 機 関 の 名 称<br><br>所 在 地<br><br>医 師 名 |                                                                                                                                                                                                           |               |               |                   |  |
|                                                | 上記のとおり申請します。<br><br>年 月 日<br>住 所<br>世 帯 主<br>氏 名<br><br>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<br>その他( ) |

|                        |         |     |
|------------------------|---------|-----|
| 処理欄                    | 自己負担限度額 | 受 付 |
| 窓口交付・郵便交付<br>( 年 月 日 ) |         | 受付印 |
|                        | 万円      | 職員名 |