

国民健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

| | | | | |
|----------------|---|---------------------------|---------------|-------------|
| 認定を受けようとする被保険者 | 被保険者証 記号・番号 | 123456 | 生年月日 | 昭和〇〇年〇〇月〇〇日 |
| | 氏名 | 菰野 太郎 | 世帯主から みた続柄 | 本人 |
| | | | 個人番号 | |
| | 住所 | 三重県三重郡菰野町 大字潤田 1250 番地 | | |
| 疾病名 | 1. 血友病 2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 3. 抗ウィ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。 | |
| | 医療機関等の証明欄なので、 記入しないでください | |
| | 医師名 | 印 |

菰野町長

上記のとおり申請します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

世帯主住所 菰野町大字潤田 1250 番地

世帯主氏名 菰野 太郎

届出人氏名 菰野 太郎

世帯主からみた続柄 本人

届出人電話番号 059-000-XXXX

受付処理欄 (記入しないでください)

| | | |
|-----------------|---------------|-----|
| 対象世帯課税状況 (交付区分) | | |
| ア・イ (上位) | ウ・エ・オ (一般) | 高齢者 |

| | |
|------|--|
| 受領署名 | |
|------|--|

| | | |
|--------------|---|----------------------------------|
| 受付兼電算入力処理担当者 | 印 | <input type="checkbox"/> 住民課にて郵送 |
| | | 郵送日 年 月 日 |

(注) 慢性腎不全に係る更生医療券の提示を行う等により、当該疾病にかかっていることが明らかである者については、医師の意見欄の記入は不要です。