

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者記号番号	記号	32 - 12	番号	3456
被保険者 (認定対象者)	氏名	国保 太郎		男・女
	個人番号	123456789012		
	生年月日	S H	〇〇年 〇月 〇日	世帯主との続柄 本人・()
認定を 受けようとする 疾病名	<input checked="" 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			

※該当の疾病名にレ印を記入してください。

上記のとおり申請します。

〇〇年 〇月 〇日

世帯主 住所 町田市〇〇町〇-〇-〇〇
 氏名 国保 太郎
 個人番号 123456789012
 電話 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇

町田市長 様

※ 世帯主以外の方が、代理で国民健康保険特定疾病療養受療証の交付手続きをする場合は、氏名、続柄、連絡先をご記入ください。

また、世帯主以外の住所に送付する場合は送付先を記入してください。

代理の方の氏名 続柄()
 連絡先 - -
 〒 -
 送付先

※以下は記入しないでください。

受付印	受付者	添付(提示)書類	申請日	平成	年	月	日
		<input type="checkbox"/> 身障手帳 (慢性腎不全1級)	発効(認定)日	平成	年	月	日
		<input type="checkbox"/> 医師の意見書	有効期限	平成	年	月	日
		<input type="checkbox"/> 他保険者の受療証	年齢	70歳 → 未満・以上			
		<input type="checkbox"/> その他 ()	所得	上位所得者 → ○・×			
		<input type="checkbox"/> 障がい福祉課へのご案内(レ点チェック)					