

国民健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

被保険者 (認定対象者)	氏名			
	個人番号 (マイナンバー)			
	生年月日	S・H・R	年 月 日	世帯主との続柄 本人・()
認定を 受けようとする 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。

年 月 日

住所

世帯主 氏名

個人番号
(マイナンバー)

電話 - -

町田市長 様

※ 世帯主以外の方が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。

氏名

世帯主との続柄()

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	交付年月日	令和 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 身障手帳 (慢性腎不全1級)	発効期日	令和 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 医師の意見書	有効期限	令和 年 月 日
	確認者	<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)		