

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		
	個人番号 (マイナンバー)	123456789012		
	生年月日	S・H・R 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
(マイナンバー)
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
	台帳処理	<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)					