

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

呉市長様

次のとおり、受療証の交付を申請します。

令和 年 月 日

申請者 (世帯主)	住 所		氏 名	
	個人番号		電話番号	

(届出者が世帯主でない場合にご記入ください。)

届出人 (来庁者)	住 所		氏 名	
	昼間連絡のつく電話番号			

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証記号番号		認定対象者個人番号	
	認 定 対 象 者 氏 名		生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日
	特 定 疾 病 名	☐ 人工腎臓を実施している慢性腎不全 ☐ 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 ☐ 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群(H I V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 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。 令和 年 月 日			
	医 療 機 関 名			
	所 在 地			
	医 師 名 電話 番 号			

申請者（世帯主）以外の住所へ送付を希望する場合は記入してください。

送付先	住所	〒
	氏名（宛所）	

(以下は呉市が使用します。)

70歳未満	該 当 ・ 非 該 当	発 行 期 日	令和 年 月 日
世帯所得合計 (判定基準額600万円)	円	交 付 年 月 日	令和 年 月 日
自己負担限度額	1万円 ・ 2万円	有 効 期 限	令和 年 月 日

本 人 確 認	☐ 運転免許証	☐ 健康保険証
	☐ パスポート	☐ 介護保険証
	☐ マイナンバーカード	☐ その他 ()
	☐ 身体障害者手帳	

☐認定証窓口交付
☐郵送 (令和 年 月 日発送)

受付印

証作成

係 員
