

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	<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第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 <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(HIV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	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 健康保険証
	<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> 介護保険証
	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 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

上記申請に基づき認定し、受療証を交付してよろしいですか。

証作成	係員	課長補佐 (GL)	課長