

起案年月日	課長	課長補佐	G長	係	令和 年 月 日 認定により証を 交付いたします。	非該当につき 却下いたします。

国民健康保険
特定疾病療養受療証
交付申請書

新規 再交付

※再交付の場合は個人番号の記入は不要です

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	認定を受けようとする者の氏名					
	被保険者 記号番号	対象者個人番号(マイナンバー)				
	認定を受けようとする者の生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	世帯主との続柄
	疾病名	1 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 2 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因子障害等 3 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 証 明 欄	上記の疾病について診療を受けていることに相違ありません。					
	令和 年 月 日					
	所在地					
	医療機関等の 名称					
医師名						
⑩						

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日
(〒 -)

申請者個人番号(マイナンバー)					

申請者 住所
(世帯主) 氏名

電話 () -

(あて先) 浜松市長