

# 国民健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書

この申請書は、人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全、血友病、血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症の場合に、自己負担限度額の区分を証明する「特定疾病療養受療証」の交付手続きに使用します。

＜療養を受ける方＞ （国民健康保険の被保険者）

|    |                              |              |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----|------------------------------|--------------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 氏名 |                              | 生年月日         | 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|    |                              | 個人番号         |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所 |                              | 被保険者<br>記号番号 |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 続柄 | 世帯主から見て<br>本人 ・ 妻 ・ 子 ・ 他( ) |              |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

＜療養の内容＞

|        |                                          |    |     |
|--------|------------------------------------------|----|-----|
| 疾 病 名  | 1. 血友病<br>2. 人工透析を行う必要のある慢性腎不全<br>3. その他 |    |     |
| 医師の意見書 | 上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。                |    |     |
|        | 年 月 日                                    |    |     |
|        | 医療機関の                                    | 名称 | 所在地 |
|        | 医師名                                      |    |     |

※特定疾病適用開始日は申請のあった月の初日（その月に国民健康保険へ加入している場合は加入日）となります。

＜申請者＞ （国民健康保険の世帯主）

|                        |  |       |     |       |  |
|------------------------|--|-------|-----|-------|--|
| 高岡市長あて<br>上記のとおり申請します。 |  | (申請日) |     | 年 月 日 |  |
| 氏名                     |  | 電話番号  | - - |       |  |
| 住所                     |  |       |     |       |  |

高岡市使用欄

| 本人確認                                 | 提出方法                                                                                            | 確認事項                           | 決 | 受付 | 交付 |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---|----|----|
| 運転免許証<br>個人番号カード<br>不可<br>その他<br>( ) | <input type="checkbox"/> 世帯主<br><input type="checkbox"/> 員( )<br><input type="checkbox"/> 同住( ) | 発行期日<br>年 月 日<br>有効期日<br>年 月 日 | 裁 |    |    |
|                                      | <input type="checkbox"/> 代理人<br>代理権確認手段<br>保険証・委任状<br>他( )<br><input type="checkbox"/> 郵送       | 自己負担区分<br>1万円 ・ 2万円            |   |    |    |