

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	高岡 太郎	生年月日	昭和60年 1月 1日											
		個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
住所	高岡市広小路7番50号	被保険者 記号番号	1 2 3 4 5 6											
続柄	世帯主から見て 本人・妻・子・他()													

＜療養の内容＞

疾 病 名	1. 血友病 2. 人工透析を行う必要のある慢性腎不全 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。		
	6年 11月 1日		
	医療機関の 所在地	名称	高岡市民病院 高岡市宝町4番1号
	医師名	万葉 一郎	

※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 上記のとおり申請します。		(申請日)	6年 11月 1日	
氏名	高岡 太郎	電話番号	0766-20-1361	
住所	広小路7番50号			

高岡市使用欄

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