

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

*太枠の中を記入してください

疾病名 (該当疾病に○)	1 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全			
	2 血友病			
	3 血液凝固因子製剤の投与に起因するH I V感染症			
記号番号	記号 4 7 - 番号 (枝番)			
被保険者	氏名			性別 男・女
	個人番号			
	生年月日	昭和・平成・令和	年	月 日
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>世帯主 住所 _____</p> <p>氏名 _____</p> <p>個人番号 _____</p> <p>日中連絡が取れる () _____</p> <p>電話番号 _____</p> <p>多摩市長 殿</p>				

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			
	医療機関住所 _____			
	医療機関名 _____			
医師氏名 _____				

*診断書等、医師の意見欄に代わる書類があれば記入不要

*保険年金課記入欄

課税状況		交付日	年	月	日	受付者	
障害に案内		発効期日	年	月	日	受付印	
70歳到達		有効期限	年	月	日		
番号確認		番号C 通知C 住民票 他()					
身元確認	1点	番号C 免 パ 身障 精神 在留 他()					
	2点	国保 社保 年手 学証 住票 納税 他()					
代理権確認		戸籍 委任状 国保 社保 離票 喪証 他()					