

# 国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

( 新規 ・ 再発行 )

|   |  |  |  |  |  |  |      |                   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|------|-------------------|--|--|--|--|
| 認定対象者   | 被保険者証<br>記号番号  | 枚 国  |  |  |  |  |      |                   |  |  |  |  |
|   | 氏 名  |  |  |  |  |  | 生年月日 | 昭和・平成・令和<br>年 月 日 |  |  |  |  |
|   | 個人番号   |  |  |  |  |  |      |                   |  |  |  |  |
| 医師の<br>意見書欄   | 疾 病 名  | 1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全<br>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<br>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）<br>上記の疾病名の診療開始年月日 令和 年 月 日 |  |  |  |  |      |                   |  |  |  |  |
|   | 上記の疾病名にて診療を受けていることに相違ありません。<br>令和 年 月 日<br><br>所在地<br>医療機関 名 称<br>医師名 <span style="float: right;">⑩</span> |  |  |  |  |  |      |                   |  |  |  |  |
| 上記のとおり、国民健康保険特定疾病療養受療証の交付を申請します。<br>(宛先) 枚方市長 <span style="float: right;">令和 年 月 日</span><br><br>申請者 住 所 枚方市 _____<br>(世帯主) 氏 名 _____<br>個人番号 _____<br>電話番号 _____ |  |  |  |  |  |  |      |                   |  |  |  |  |

証の受取人が代理人（別世帯）の場合 ※代理人確認書類を添付して下さい。

|             |   |     |  |
|-------------|---|-----|--|
| 住 所         | 電話 ( ) -  |     |  |
| 氏 名         |   | 続 柄 |  |
| 代理人<br>確認書類 | <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 住基カード<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |     |  |

|     |
|-----|
| 受 付 |
|     |

※ここから下は記入しないでください。

|                  |       |              |      |          |
|------------------|-------|--------------|------|----------|
| 市<br>処<br>理<br>欄 | 交付年月日 | 令和 年 月 日     | 発効期日 | 令和 年 月 日 |
|                  | 有効期限  | 令和 年 月 日     | 限度額  | 上位 ・ 一般  |
|                  | 制度区分  | 一般 ・ 退本 ・ 退扶 | 交付区分 | 手渡し ・ 郵送 |
|                  | 備考    |              |      |          |