

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

(新規 ・ 変更 ・ 再交付)

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者の記号番号	中津 -	個人番号								
	対 象 者	氏 名									世帯主 との続柄
		生年月日	昭・平・令 年 月 日								
傷 病 名	1 人工腎臓を実施している慢性腎不全(人工透析) 2 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害及び先天性血液凝固第Ⅸ因子障害(血友病) 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 意 見 欄	上記のとおり	年	月	日から診療を受けていることに 相違ありません。
		令和	年	月 日
	医療機関の 名 称			
	所在地			
	医師名			
				印

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	上記のとおり申請します。										
		令和	年	月	日						
	(世帯主)										
	住 所	中津市									
	氏 名										
	個人番号										
	電 話 番 号		()	-					
	(申請者)※世帯主の場合不要										
	住 所										
	氏 名										
電 話 番 号		()	-						
◎身分証明書()											
中津市長 あて											

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
自己負担限度額	1万円 ・ 2万円

受付	入力