

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	被保険者証の記号番号		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																												
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">個人番号</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>														個人番号														
	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