

国民健康保険特定疾病
療養受療証交付申請書

係

記入例

長

| | | |
|--------------------------------------|--|------------------------|
| 認定対象者 | 被保険者記号・番号 | 31 - 01 - 23▲▲ (枝番) 01 |
| | 氏名 | 調布 太郎 |
| | 個人番号 (マイナンバー) | 1234 - 5678 - 90×× |
| | 生年月日 | 昭和45 年 1 月 1 日 |
| | 世帯主 との続柄 | 本人 |
| 疾病名 (いずれかに○) | 1. 人工透析を要する慢性腎不全 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(血友病A) 又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害(血友病B) 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血液凝固因子製剤の投与に 起因するHIV感染症に関する医療を受けている者に係るものに限る。) | |
| 医師の意見欄 | 上記の疾病で療養を受けていることに相違ありません。 こちらの欄は、下記の確認書類等がない場合にのみ、上記の疾病にか かっていることの証明として医師に記入を依頼してください。 | |
| 医師の意見欄に代わる 確認書類等 (いずれか1つ・写し添付) | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 前健康保険発行の特定疾病療養受療証 <input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者診断書・意見書(じん臓機能障害用) <input type="checkbox"/> 裁判による和解 <input type="checkbox"/> その他当該疾病 | |
| 上記のとおり交付申請します。 | | |
| 令和5 年 11 月 20 日 | | |
| 受付印 | 住所 | 調布市 小島町2-35-1 |
| | 電話番号 | 042-481-△△□□ |
| | 世帯主氏名 | 調布 太郎 |
| | 個人番号 (マイナンバー) | 1234-5678-90×× |
| 受付者 | 調布市長 宛 | わからない場合は空欄可 |

わからない場合は空欄可

こちらの欄は、下記の確認書類等がない場合にのみ、上記の疾病にかかっていることの証明として医師に記入を依頼してください。

「障害名」欄に「慢性腎不全によるじん臓機能障害(1級)」の記載が必要

いずれも「慢性(末期)腎不全により人工透析が必要である旨」の記載が必要

わからない場合は空欄可