

国民健康保険特定疾病  
療養受療証交付申請書

年		月		日	
係	係長	補佐	課長		

認定対象者	被保険者記号・番号	3 1 - - (枝番)		
	氏名			
	個人番号 (マイナンバー)	-	-	
	生年月日	年	月	日
	世帯主 との続柄			
疾病名 (いずれかに○)	<p>1. 人工透析を要する慢性腎不全</p> <p>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)</p> <p>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。)</p>			
医師の意見欄	<p>上記の疾病で療養を受けていることに相違ありません。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関名</p> <p>医師名</p>			
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 type="checkbox"/> 身体障害者診断書・意見書(じん臓機能障害用) <input type="checkbox"/> 裁判による和解調書の抄本(上記疾病3の場合) <input type="checkbox"/> その他当該疾病にかかっていることを公的に証明できるもの(医療券等)			
上記のとおり交付申請します。				
年 月 日				
受付印	住所	調布市 _____		
	電話番号	_____		
	世帯主氏名	_____		
	個人番号 (マイナンバー)	_____		
受付者	調布市長宛			