

NO. _____

課長	庶務係長	給付係長	承認	受付

受付簿	入力

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

1. 世帯主が記入する項目

世帯主名		被保険者の 記号・番号	17 - .
個人番号			
認定対象者の氏名		認定対象者の 生年月日	昭和 平成 年 月 日
個人番号			
認定対象者の住所			
疾病名	1. 人工透析を行う必要のある慢性腎不全 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 又は 先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群		

2. 医師の意見欄

<p>上記のとおり治療を受けていることに相違ありません。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>医療機関名称</p> <p>所在地</p> <p>医師名</p>
--

上記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

世帯主 住所

氏名

連絡先 ()

東京都北区長殿

課長	庶務係長	給付係長	承認	受付

<記入例>

受付簿	入力

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

1. 世帯主が記入する項目

世帯主名	北区 太郎	被保険者の 記号・番号	17-00-0000
個人番号	0000000000	個人番号 (マイナンバー)	
認定対象者の氏名	北区 花子	認定対象者の 生年月日	昭和 33年 3月 3日 平成
個人番号	0000000000		
認定対象者の住所			
疾病名	1. 人工透析を行う必要のある慢性腎不全 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 又は 先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群		該当する 番号に○ をして ください

2. 医師の意見欄 「医師の意見欄」は、該当疾病にかかる治療を受けている医療機関の

上記のとおり治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 名称 所在地 医師 名	※すでに当該疾病にかかっていることを公的に証明できるもの(更正医療の医療券等)を持っている方は、申請時にお持ち下されば「医師の意見欄」の記入は不要です。 ※血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症の場合には、裁判所より交付された「裁判による和解調書」の抄本が必要となります(医師の意見欄は不要です。)
--	---

上記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

世帯主 住所

氏名 北区 太郎

連絡先 000 (0000) 0000

東京都北区長殿