

## 国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

那賀町長殿

次のとおり、国民健康保険特定疾病療養受療証の交付について申請します。

(申請日) 年 月 日

申請者(世帯主)

〒 ー  
住所

世帯主氏名

被保険者証記号番号 那賀 ー

電話番号(携帯電話)

記入者氏名 (世帯主以外の場合) 続柄

申請者記入欄	対象者氏名	フリガナ	男・女	生年月日	年 月 日 (年齢 歳)
	疾病名	1. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 2. 血友病(血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第8及び第9因子障害) 3. 抗ウイルス剤を投与している先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)			

※下欄太枠内に医師の証明を受けるか、疾病にかかったことを証明する診断書等(原本)を添付してください。

<b>医師の証明欄 ※</b>	
上記のとおり診療を受けていることに相違ありません	
年 月 日	
療養取扱機関	名称
	所在地
	医師名
	印

※町処理欄	受付印	本人確認書類		確認者	今年度課税区分		自己 限度額	認定日	発行		有効期限
		<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他	70歳 未満		ア・イ				窓口・郵送	7/31まで	
					ウ・エ・オ						
					70歳以上				1万円		
		2万円									