

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	記号番号	21 - - -	生年月日	年 月 日	
	フリガナ		昭・平・令		
	認定対象者 氏 名			世帯主 との続柄	
	認定対象者 住 所	〒 足立区			
	認定対象者 個人番号				
	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因子障害等 該当を○で囲んで下さい			

医 師 の 意 見 欄	上記のとおり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)

注：本書は保険医療機関及び保険医療養担当規則第6条によるものです。

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

世帯主住所 足立区 _____

氏 名 _____

電 話 () _____

(提 出 先)

足 立 区 長

受 付 番 号

職員使用欄 チェックリスト <input type="checkbox"/> 記入の不備無 <input type="checkbox"/> 医師の確認欄/押印または国保加入前の特定疾病療養 受療証の写し <input type="checkbox"/> 資格画面コピー <input type="checkbox"/> 所得区分照画面コピー (1万円 ・ 2万円 (申告有 ・ 申告無))
--

受付	確認	入力	点検