

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	2 1 - -	生年月日	S・H・R	年	月	日
	フリガナ		資 格	一 般	世帯主 との続柄		
	認定対象者 氏 名			退職（本・扶）			
	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