

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

受療証の申請者欄	被保険者証記号番号	4 4 - -										
	氏 名											
	生 年 月 日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日										
	住 所	清瀬市										
	個 人 番 号											
	世帯主との続柄											
	疾 病 名	1. 血友病 2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 3. 後天性免疫不全症候群										

医師の証明欄	上記疾病名での診療を受けていることに相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 医療機関名称 医療機関所在地 医師名
--------	---

清瀬市長 殿

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

世帯主の住所 清瀬市

世帯主の氏名

世帯主の個人番号

連絡先電話番号 - -

-----ここから下の欄には記入しないでください-----

市記入欄

☐ 世帯主申請 ☐ 代理人申請

個人番号確認書類

- ☐ 個人番号カード
- ☐ 通知カード
- ☐ 住民票(個人番号記載)
- ☐ その他()

本人確認書類

- ☐ 個人番号カード
- ☐ 運転免許証
- ☐ パスポート
- ☐ 被保険者証
- ☐ 高齢受給者証
- ☐ 納税通知書
- ☐ その他()

代理権確認書類(代理人の場合)

- ☐ 委任状
- ☐ 保険証
- ☐ その他()