

様式第7号の2（第13条の2関係）

決 裁	課 長	係 長	担 当

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

第 号

被保険者証記号番号				
被 保 険 者	氏 名			
	生 年 月 日	年	月	日
	個 人 番 号			
特 定 疾 病 名				
疾病の認定年月日		年	月	日
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>(宛先) 各務原市長 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>世帯主 氏名</p> <p>個人番号</p> <p>電話番号 () —</p>				

特 定 疾 病 に 関 す る 証 明 書

被 保 険 者 氏 名				
認 定 疾 病 名				
<p>上記の疾病であることを認める。</p> <p>年 月 日</p> <p>(医療機関)</p> <p>所 在 地</p> <p>名 称</p> <p>医 師 氏 名</p>				
備 考				受 付 印

- ※ 特定疾病とは、血友病、慢性腎不全(人工透析を必要とするもの)、後天性免疫不全症候群(抗ウイルス剤を投与しているもので、厚生労働大臣の定めるものに限る。)のことです。
- ※ 更生医療の医療券など申請者が要件に該当することを公的に証明するものがあれば、医師の証明は省略できます。