

国民健康保険  
特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者 番号							
------------	--	--	--	--	--	--	--

認定対象者氏名	
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
世帯主との続柄	
疾病名	1. 人工透析治療を実施している慢性腎不全 2. 血友病 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群

医師の 意見書	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 保険医療機関名称 所在地 医師名
------------	---

明石市長様

令和 年 月 日

上記のとおり申請します。

世帯主 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

(連絡先 - - )

世帯主個人番号 \_\_\_\_\_

対象者個人番号 \_\_\_\_\_

来庁者 \_\_\_\_\_

(代理人) 氏名 \_\_\_\_\_ 世帯主との続柄 \_\_\_\_\_

(連絡先 - - )

※別世帯の方が申請を行う場合は、委任状が必要です。

※虚偽の申述等により不正に申請を行うことで、法に定める罰則を受ける場合があります。

<職員使用欄>

交付日	令和 年 月 日	自己負担限度額	1万円 ・ 2万円
発効期日	令和 年 月 日	有効期限	令和 年 月 日
本人確認	1. (マイナンバーカード・免許証・パスポート・障害者手帳)(その他 _____ ) 2. (資格確認書等・年金証書・預金通帳) (社員証・学生証・聞き取り)(その他 _____ )		
番号確認	本人自筆(マイナンバーカード確認)・職員補記( _____ )・その他( _____ )		

受付
あ・大・魚・二