

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 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|

| | |
|---------|---|
| 認定対象者氏名 | 国保 太郎 |
| 生年月日 | 昭和・平成・令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日 |
| 世帯主との続柄 | 本人 |
| 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 明石市中崎1丁目5番1号

氏名 国保 太郎

(連絡先 078 - 912 - 1111)

世帯主個人番号 ×××× ×××× ××××

対象者個人番号 ×××× ×××× ××××

来庁者

(代理人) 氏名 国保 花子 世帯主との続柄 妻

(連絡先 078 - 912 - 1111)

※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>

| | | | |
|-------|--|---------|-----------|
| 交付年月日 | 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. (番号カード・免許証・パスポート・住基カードB・障害者手帳)(その他) | | |
| | 2. (保険証※・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(番号カード確認) ・ 職員補記() ・ その他() | | |

※資格情報のお知らせ・資格確認書・保険証(令和7年12月1日まで)いずれか

| |
|---------|
| 受付 |
| あ・大・魚・二 |