

記入例

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. (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