

国民健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書									
葛飾区長あて					第 号				
被保険者証		記号			2 2 -		番号		
被 保 険 者	氏名								
	生年月日		昭和		平成		令和		年 月 日
	個人番号								
特定疾病名		1 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害または先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群(HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るもの)							
上記のとおり申請します。					令和 年 月 日				
世 帯 主	住所								
	氏名								
	電話番号		()		
	個人番号								

特定疾病に関する意見書									
被保険者氏名									
認定疾病名		1 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害または先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群(HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るもの)							
上記の疾病であることを認める。					令和 年 月 日				
医 療 機 関	所在地								
	名称								
	医師氏名		印						

※意見書欄は、医療機関が記入してください。(保険医療機関及び保険医療養担当規則第6条によるものです。)

保 険 者 記 入 欄	証 確 認	一般 ・ 退本 ・ 退扶						受 付 印
	添付書類	<input type="checkbox"/> 意見書(本書記載以外) <input type="checkbox"/> 受療証写 <input type="checkbox"/> 他 ()						
	負担限度額	若1万 ・ 若2万 ・ 老1万 ・ その他疾病1万						
	交付年月日	<input type="checkbox"/> 受付日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日						
	発効期日	<input type="checkbox"/> 受付月1日 <input type="checkbox"/> 平成・令和 年 月 日						審 査 印
	有効期限	<input type="checkbox"/> 翌7月31日 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日						
	個人番号	カ ・ 通 ・ 住 (免 ・ 保 ・)						
	案 内	<input type="checkbox"/> 身障手帳(障害福祉課) <input type="checkbox"/> マル都(保健予防課)						