

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者	記号	10-	番号	(枝番)																				
	住所																							
	氏名	個人番号																						
	生年月日																							
認定疾病名		1 慢性腎不全(人工透析)																						
		2 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害等																						
		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に限る。)																						
上記の認定疾病に係る助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。																								
目黒区長 宛て																								
年 月 日																								
申請者 (世帯主)		住 所																						
		電 話 ()																						
		氏 名																						
		個人番号																						
		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																						
事務処理欄	発行期日	年 月 日から 年 月 日まで有効																						
	確認方法	1 都 医療券 2 障 医療証 3 更生医療券 4 レセプト 5 医師の意見書 6 その他()																						