

# 記入例

※ ○ のついている項目にご記入ください。

証のご使用者様のご住所・お名前等をご記入ください。

該当疾病名の番号に○をつけてください。

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書	
被保険者 (ご本人)	記号 10- ×× (番号) ×××× (枝番) ×× 住所 目黒区○○ ×-×-× 氏名 □□ □□□ 個人番号 ○○○○○○○○○○○○○○○○ 生年月日 昭和××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。)
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( ) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 20px;">記入不要</div>
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。 <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">ご記入日</div> 目黒区長 宛て <div style="text-align: center; margin-left: 200px;">             ○○○年○月○○日           </div> 申請者 (世帯主) <div style="margin-left: 20px;">             住所 目黒区○○ ×-×-×              電話 ○○○(○○○○)○○○○              氏名 △△ △△              個人番号 ○○○○○○○○○○○○○○○○           </div>	

- ※ 発効日は申請書を受領した月の1日までしか遡ることができませんので、ご注意ください。
- ※ 個人番号（マイナンバー）を記載しなくても、申請を行うことは可能です。
- ※ 個人番号（マイナンバー）を記載した場合は、マイナンバーカード（両面）のコピー、または次の①と②のコピーを添付してください。
  - ①個人番号確認書類（個人番号記載の住民票の写しなど）
  - ②本人確認書類（運転免許証、パスポート、写真つき住民基本台帳カードなど）