

NO. \_\_\_\_\_

|    |      |      |    |    |
|----|------|------|----|----|
| 課長 | 庶務係長 | 給付係長 | 承認 | 受付 |
|    |      |      |    |    |

|     |    |
|-----|----|
| 受付簿 | 入力 |
|     |    |

### 国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

#### 1. 世帯主が記入する項目

|          |   |                 |                |
|----------|---|-----------------|----------------|
| 世帯主名     |   | 被保険者証の<br>記号・番号 | 17 - .         |
| 個人番号     |   |                 |                |
| 認定対象者の氏名 |   | 認定対象者の<br>生年月日  | 昭和 年 月 日<br>平成 |
| 個人番号     |   |                 |                |
| 認定対象者の住所 |   |                 |                |
| 疾病名      | 1. 人工透析を行う必要のある慢性腎不全<br>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<br>又は 先天性血液凝固第Ⅸ因子障害<br>3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 |                 |                |

#### 2. 医師の意見欄

|                           |
|---------------------------|
| 上記のとおり治療を受けていることに相違ありません。 |
| 令和 年 月 日                  |
| 医療機関名称                    |
| 所在地                       |
| 医師名                       |

上記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

世帯主 住所

氏名

連絡先 ( )

東京都北区長殿

NO. \_\_\_\_\_

|    |      |      |    |    |
|----|------|------|----|----|
| 課長 | 庶務係長 | 給付係長 | 承認 | 受付 |
|    |      |      |    |    |

〈記載例〉

|     |    |
|-----|----|
| 受付簿 | 入力 |
|     |    |

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

1. 世帯主が記入する項目

|          |   |  |                 |            |                             |
|----------|---|--|-----------------|------------|-----------------------------|
| 世帯主名     | 北区 太郎   |  | 被保険者証の<br>記号・番号 | 17-00-0000 |                             |
| 個人番号     | 000000000000  |  | 個人番号（マイナンバー）    |            |                             |
| 認定対象者の氏名 | 北区 花子   |  | 認定対象者の<br>生年月日  | 昭和 33年     | 3月 3日                       |
| 個人番号     | 000000000000  |  | 平成              |            |                             |
| 認定対象者の住所 |   |  |                 |            |                             |
| 疾病名      | 1. 人工透析を行う必要のある慢性腎不全<br>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<br>又は 先天性血液凝固第Ⅸ因子障害<br>3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 |  |                 |            | 該当する<br>番号に<br>○をして<br>ください |

2. 医師の意見欄 「医師の意見欄」は、該当疾病にかかる治療を受けている医療機関の医師に記入してもらってください。

|                          |  |
|--------------------------|--|
| 上記のとおり治療を受けていることに相違ありません | ※すでに当該疾病にかかっていることを公的に証明できるもの(更正医療の医療券等)を持っている方は、申請時にお持ち下されば「医師の意見欄」の記入は不要です。 |
| 令和 年 月 日                 |  |
| 医療機関 名称                  | ※血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症の場合には、裁判所より交付された「裁判による和解調書」の抄本が必要となります(医師の意見欄は不要です。)  |
| 所在地                      |  |
| 医師名                      |  |

上記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

世帯主 住所

氏名 北区 太郎

連絡先 000(0000)0000

東京都北区長殿