国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

申請者記入欄	被保険者記号・番号	三み・		個人番号		
	対象者氏名			生年月日	年　　月　　日	
	対象者住所	みやき町大字			続柄	
	疾病名	1．人工腎臓を実施している慢性腎不全 2．漿分割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（血友病） 3．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				

医師の意見書	上のとおり診療を受けていることに相違ありません。 年　　月　　日 療養機関の所在地 名　称 医師名　　　　　　　　印

上記のとおり申請します。

みやき町長　様

年　　月　　日

世帯主　住　　所　みやき町大字

氏　　名

個人番号

電話番号

□同　上　申請者　住　　所

※同上の場合
申請者の記載は不要

氏　　名

電話番号

担当課名		受付年月日	・　・	受付者名	

申請者確認方法（下記　　　番で確認）
①　写真入り身分証明書　　②入所施設等職員で写真入り職員証等
上記の証明書がない場合下記書類を２つ以上（下記　　　番，　　　番で確認）
①資格確認書　　②年金手帳　　③官公庁から発行された書類（氏名・生年月日または住所が記載されているもの）　④住民票の写し　　⑤その他（　　　　　　　）
申請者が世帯主・世帯員以外の時の委任確認方法（下記　　　番で確認）
①委任状　②成年後見人等を示す公正証書等　③その他（　　　　　　　　　）