

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

(新規 ・ 変更 ・ 再交付)

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証の記号番号	中津 -	個人番号							
	対 象 者	氏 名								世帯主 との続柄
		生年月日	昭・平・令 年 月 日							
傷 病 名	1 人工腎臓を実施している慢性腎不全(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因子障害及び先天性血液凝固第Ⅸ因子障害(血友病) 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)									

医 師 の 意 見 欄	上記のとおり	年	月	日から診療を受けていることに 相違ありません。
		令和	年	月 日
		医療機関の	名 称	
		所在地		
		医師名		印

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	上記のとおり申請します。										
		令和	年	月	日						
		(世帯主)									
		住 所	中津市								
		氏 名									印
		個人番号									
		電 話 番 号	()	-					
		(申請者)※世帯主の場合不要									
		住 所									
		氏 名									印
	電 話 番 号	()	-						
)									
	中津市長 あて										

交付年月日	令和	年	月	日
発効期日	令和	年	月	日
有効期限	令和	年	月	日
自己負担限度額	1万円 ・ 2万円			

受付	入力