

# 国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

世帯主氏名		記号番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>																					
認定対象氏名	世帯主との続柄	生年月日	個人番号(マイナンバー)	区分																				
			<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>																					

疾病名(番号に○をつけてください)

1. 血友病

2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全

### 医師の証明欄

上記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

医療機関の名称・所在地

医師名

⑩

上記のとおり申請します。また、本申請にあたり、認定対象者の個人番号(マイナンバー)が不明な場合は、臼杵市が住民基本台帳から確認することに同意します。

年 月 日

世帯主	住所	臼杵市
	氏名	
	電話番号	
代理人	住所	
	氏名	
	電話番号	

(あて先) 臼杵市長