

# 国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

申請者の記入欄	被保険者証記号番号		東みよし :										
	認定を受ける ようとする 被保険者	氏名								性別	男・女		
		生年月日	昭平	年	月	日	世帯主との続柄						
		住所											
		個人番号	/										
疾病名	1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 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（いわゆる血友病） 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 <span style="float: right;">㊟</span>
--------	---

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

申請人 住所 東みよし町  
(世帯主)

氏名 ㊟

個人番号

連絡先 — —

届出人 住所

氏名 ㊟

世帯主との続柄 (本人・同一世帯員・代理人)

連絡先 — —

個人番号未提示における事務処理同意欄	
本申請において、事務に必要な対象者の個人番号を職員が確認することに同意します。	印又は自筆

個人番号事務処理欄	
個人番号利用事務確認者	印
所属課長印	印

徳島県東みよし町長 殿

届出人確認方法	免・パ・保・個カ・住カ・在・年金・その他( )																								
代理権確認方法																									
事務処理欄	総合窓口処理欄	本課処理欄																							
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>窓口名</th> <th>担当者名</th> <th>窓口受付日</th> <th>本課送付日</th> <th>保険証</th> <th>個人番号確認</th> <th>担当者名</th> <th>本課処理日</th> <th>税処理日</th> <th>交付</th> <th>回収</th> <th>個人番号確認</th> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>	窓口名	担当者名	窓口受付日	本課送付日	保険証	個人番号確認	担当者名	本課処理日	税処理日	交付	回収	個人番号確認												
窓口名	担当者名	窓口受付日	本課送付日	保険証	個人番号確認	担当者名	本課処理日	税処理日	交付	回収	個人番号確認														