

国民健康保険
特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者証番号		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
認定対象者 氏名		世帯主との 続柄	
疾病名	1. 人工透析治療を実施している慢性腎不全 2. 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		

医師の 意見書	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 保険医療機関名称 所在地 医師名
------------	---

明石市長様

令和 年 月 日

上記のとおり申請します。

世帯主 住所
氏名
(連絡先 - -)
世帯主個人番号
対象者個人番号

来庁者
(代理人) 氏名 世帯主との続柄
(連絡先 - -)

※別世帯の方が申請を行う場合は、委任状が必要です。
※虚偽の申述等により不正に申請を行うことで、法に定める罰則を受ける場合があります。

<事務処理欄>

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

本人確認	1. (番号カード・免許証・パスポート・住基カードB・障害者手帳) (その他) 2. (保険証・年金証書・高齢受給者証・預金通帳) (社員証・学生証・聞き取り) (その他)
番号確認	本人自筆(番号カード確認) ・ 職員補記() ・ その他()

受付
あ・大・魚・二