

国民健康保険特定疾病認定兼療養受療証交付申請書

うるま市長 様

年 月 日

申請者(世帯主)

住所

氏名

電話番号

住所

届出人

氏名

申請者との関係

電話番号

下記のとおり特定疾病の認定及び受療証の交付を申請します。

被保険者記号番号	う国	世帯主氏名	
個人番号			
認定対象者氏名			
生年月日	年 月 日	世帯主との続柄	
受療証交付事由	☐ 新規交付・ ☐ 再交付・ ☐ その他()		

医師の意見書	疾病名	☐ 人工腎臓を実施している慢性腎不全 ※人工腎臓の開始年月日(年 月 日) ☐ 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 ☐ 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群
	上記のとおり診療を受けていることを証明する。 医療機関名 医師名 年 月 日 印	

交付年月日	年 月 日	課長	係長	担当	受付
発効期日	年 月 日				
自己負担限度額	☐ 1万円 ・ ☐ 2万円				
有効期限	年 月 日・ ☐ 期限なし		本庁・石川・勝連・与那城		