

国民健康保険特定疾病認定兼療養受療証交付申請書

年 月 日

うるま市長 様

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。

被保険者証記号番号	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	
交付事由	<input type="checkbox"/> 新規交付・ <input type="checkbox"/> 再交付・ <input type="checkbox"/> その他()		

医師の意見書	疾病名	<input type="checkbox"/> 人工腎臓を実施している慢性腎不全 ※人口腎臓の開始年月日(年 月 日) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> 医療機関名 医師名 (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	<input type="checkbox"/> 1万円 ・ <input type="checkbox"/> 2万円				
有効期限	年 月 日・ <input type="checkbox"/> 期限なし		本庁・石川・勝連・与那城		