国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

※以下、太ワク内をご記入・ご捺印ください。　　受付番号（　　）

被保険者証の番号		国民健康保険の資格取得日	昭・平・令　年　月　日	区分	一般 退職（本・扶）		
世帯主氏名	（男・女）						
個人番号							
氏名（認定対象者）	（男・女）	生年月日	昭・平・令　年　月　日	世帯主との続柄	本人・父・母・夫 妻・子・（　）		
個人番号							
住所							

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 （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）
	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。 年　月　日 医療機関　所在地 名称 医師名

三田市長あて

上記のとおり特定疾病療養受療証の交付を申請します。

申請者（世帯主）　　年　月　日

〒　－

住所

氏名　※手書きしない場合は記名押印　電話番号（　）　－

市処理欄	判定	70歳未満	上位所得者（人工透析治療を実施している慢性腎不全）	⇒	自己負担限度額	2万円
			上位所得者・一般・住民税非課税世帯	⇒	自己負担限度額	1万円
		70歳以上	現役並み所得者・一般・低所得Ⅱ・低所得Ⅰ			
	発行期日		年　月　日　～	有効期限	年　月　日	
	給付係受付者					

コード	