

# 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	0   1   2   3   4   5   6	国民健康保険の資格取得日	昭 <sup>平</sup> 令 28年 8月 1日	区分	一般 退職(本・扶)
世帯主氏名	三田 キッピー (男)女				
個人番号					
氏名 (認定対象者)	三田 ハッピー (男)女	生年月日	昭 <sup>平</sup> 令 50年 8月 1日	世帯主との続柄	本人・父・母・夫 妻・子・( )
個人番号					
住所	三田市三輪2-1-1				

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 名 医

医師の証明が必要です。  
※他保険者で特定疾病受療証の交付を受けていた人は、その受療証の提示によって医師の証明を省略できます。

三田市長 へ

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

〒 669-1595

住所 三田市三輪2-1-1

氏名 三田 キッピー ※手書きしない場合は記名押印 電話番号 (079)-〇〇〇-××××

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
		70歳以上	現役並み所得者・一般・低所得Ⅱ・低所得Ⅰ	⇒	自己負担限度額	1万円
発行期日		年 月 日	～	有効期限	年 月 日	
給付係受付者						

コード | | | | | | | | | |