

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者が記入する欄	世帯主氏名		記号番号	18 - -
	認定対象者氏名		認定対象者個人番号	
	認定対象者生年月日	年 月 日	世帯主との続柄	
	住 所	荒川区 丁目 番 号		
	疾 病 名	1 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 2 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害等 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
	名 称 医療機関 所在地
	医 師 名 (印)

上記のとおり申請します。

年 月 日

住 所 _____

電 話 _____ () _____

名 前 _____ 世帯主との関係 _____

個人番号 _____

荒川区長 殿

区使用欄

適用開始年月日	年 月 日	受領者確認欄 (受療証窓口交付)	交 付	
発 効 期 日	年 月 日		1. 個人番号カード 2. 運転免許証等	受 領
交 付 年 月 日	年 月 日		3. パスポート 4. 在留カード等	郵 送
		5. その他 ()		

番号確認	本人確認	担当者
個人番号カード		
通知カード 住基確認 ()	免・住・パ 在・資・年 ()	

担 当	受 付	入 力