

起案年月日	課長	課長補佐	G長	係	令和 年 月 日	非該当につき
					認定により証を交付い たします。	却下いたしま す。

国民健康保険  
特定疾病療養受療証  
交付申請書

新規 再交付

※再交付の場合は個人番号の記入は不要です

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証 記号番号		法 別	一 般  退職(本・扶)
	認定を受けよう とする者の氏名		対象者個人番号(マイナンバー)	
	認定を受けよう とする者の生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	世帯主との続柄
	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第Ⅷ因子障害 又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害等 3 血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症		

医 師 の 証 明 欄	上記の疾病について診療を受けていることに相違ありません。		
	令和 年 月 日	所在地	
		医療機関等の	名 称
		医師名	印

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日  
(郵便番号 - )

申請者個人番号(マイナンバー)			

申請者 住 所  
(世帯主) 氏 名

電 話 ( ) -

(あて先) 浜 松 市 長