

国民健康保険
特定疾病療養受療証交付申請書

別府市長 あて

下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

被保険者記号・番号		べつぷ 123456-78	申請日	令和 年 月 日
世帯主 (申請者)	住所	(〒874-0000) 別府市上野口町1番15号	電話(0977-21-1111)	
	氏名	温泉 一郎	個人番号	
認定 対象者	氏名	温泉 花子	個人番号	
	生年月日	昭・平・令 3年 5月 5日	世帯主との続柄	妻
医師の 証明	疾病名	1 血友病		
		2 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全		
		3 血液凝固因子製剤に起因するHIV感染症		
	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 令和 ○年 ○月 ○日 名称 ○○○○病院 医療機関の所在地 ××× 医師名 ▲▲ ▲▲		医師の証明を もらってください。 世帯主以外の方が申請する 場合は記入してください。	
代理人 ※世帯主本人 以外が申請 する場合	住所			
	氏名			
	電話	<input type="checkbox"/> 同一世帯 <input type="checkbox"/> その他(世帯主から見た関係:)		

身元確認		番号確認	
I 個力・運免・バス・住カ・障手・在カ・他()		<input type="checkbox"/> 提示有り	個力・通カ・住民票・他()
II 健保・介保・年手・他()	+ II 健保・介保・年手・他()	<input type="checkbox"/> 提示無し	職権(宛名、CS、)
II 健保・介保・年手・他()	+ III 納通・他()	代理権確認	
<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 生年月日 <input type="checkbox"/> 写真	<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 生年月日 <input type="checkbox"/> 写真	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他(コピー添付)	
記号番号	記号番号		
期限/交付日 . .	期限/交付日 . .		

決 裁			
課長	係長	担当	受付