

# 国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

受付印欄

(宛先) 長野市長

下記のとおり、特定疾病に関する意見書、関係書類を添えて交付申請します。

また、適正な交付に際し、世帯主及び同一世帯の国民健康保険加入者全員の市民税課税状況について、税務関係当局に報告を求めることに同意します。

令和 ○年 ○月○○日	
申請者・世帯主	
住所 〒 380 - 0000	
長野市 大字○○○○1613番地 (電話 ○○○ - ○○○ - ○○○○ ) (マイナンバーカードの12桁の番号)	
氏名 長野 健太 個人番号 ○○○○ ○○○○ ○○○○	
窓口へ来られた方	
住所 〒 380 - 0000	
長野市 大字○○○○1613番地	
氏名 長野 健太郎 世帯主との続柄 ( 子 )	
対象者	被保険者証の記号・番号 長 - ○○○○○○
	個人番号 (マイナンバーカードの12桁の番号) ○○○○ ○○○○ ○○○○
氏名・生年月日	長野 健太郎 昭平・令 ○○年 ○月 ○○日
特定疾病名	1 人工腎臓を実施している慢性腎不全 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 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群

※意見書欄は医療機関が記入押印してください。(保険医療機関及び保険医療養担当規則第6条によるものです)

特定疾病に関する意見書	
被保険者氏名	
認定疾病名	1 人工腎臓を実施している慢性腎不全 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 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群
上記診療開始日	令和 ○年 ○月 ○日
上記の疾病であることを認める	また、国保加入前に受けていた受療証(原本)を持参している場合は記入を省略できます。
(医療機関) 名称	
医師氏名	印

※ 特定疾病とは、①人工腎臓を実施している慢性腎不全 ②血友病 ③抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群(厚生労働大臣の定める者に限る。)をいう。

※ 国保加入前の他の健康保険組合に加入していた当時の特定疾病受療証(原本)の提示があれば『特定疾病に関する意見書』の省略可。

受付者