

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。

被保険者証記号番号	べつぷ	申請日	年 月 日
世帯主 (申請者)	住 所	(〒 - )	
	氏 名	電話( )	
認 定 対 象 者	氏 名	⑩ 個人番号	
	生年月日	年 月 日	世帯主との続柄
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。		
		年 月 日	
		名 称	
		医療機関の所在地	
		医師名	印
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 個カ・運免・バス・住カ・障手・在カ・他( )	<input type="checkbox"/> 提示有り 個カ・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、C.S、 )
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 記号番号 期限/交付日 . .	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他(コピー添付)

決 裁			
課長	係長	担当	受付