

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	申請日	令和	年	月	日
世帯主 (申請者)	住所	(〒 -)					
	氏名	電話()					
認定 対象者	氏名	個人番号					
	生年月日	昭・平・令	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。 令和 年 月 日 名称 医療機関の所在地 医師名						
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() <input type="checkbox"/> 提示無し 職権(宛名、C.S、)
II 健保・介保・年手・他() + II 健保・介保・年手・他()	
II 健保・介保・年手・他() + III 納通・他()	
<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 . .	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