

# 記入例

## 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	べっふ	00123456	申請日	年	月	日
世帯主 (申請者)	住所	(〒874-0000) 別府市上野口町1番15号				
	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	平成 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 ▲▲ ▲▲					
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: )				

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。

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、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