

国民健康保険特定疾病療養受療証申請書

平成 年 月 日

江 東 区 長 殿

住 所 江東区

世 帯 主

被保険者証	記号	08-	番号		一般	退職
-------	----	-----	----	--	----	----

交付を受ける人	
氏 名	性別 男 ・ 女
生年月日	昭和・平成 年 月 日
認定疾病名	1. 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 2. 血漿分画製剤を投与してい る先天性血液凝固第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 4. 人工透析治療を行う必要 のある慢性腎不全
身障手帳交付年月日	昭和・平成 年 月 日
身障手帳番号	

※医師の意見書（身体障害者手帳未交付の場合必要となります）

疾病名 1. 血漿分画製剤を投与している 2. 血漿分画製剤を投与してい 3. 抗ウイルス剤を投与している
 先天性血液凝固第Ⅷ因子障害 る先天性血液凝固第Ⅸ因子障 後天性免疫不全症候群
 害

4. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全
 （人工透析開始年月日 昭和・平成 年 月 日）

上記のとおり診察を受けていることに相違ありません

平成 年 月 日

医療機関名称

所在地

医師名 (印)

医療保険課受付印

受 付 担 当

区記入欄

該当を○で囲む

国保資格取得日	年	月	日	新規・再交付
発効期日	年	月	日	23画面入力
70歳以上・課税・非課税→1万円				2
上位・未申告→2万円				E

* 23画面入力 2→1万円、E→2万円