国民健康保険特定疾病療養受療証申請書

令和　　年　　月　　日

江 東 区 長 殿

住　　所　江東区　　世帯主
　　連絡先　　世帯主の個人番号

（医療機関・施設へ証の送付を希望する場合裏面の依頼書のご記入をお願いします）

被保険者証	記号	０８－	番号	

交付を受ける人
氏　名

生年月日　　昭和・平成・令和　　年　　月　　日

個人番号

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・令和　　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先天性血液凝固第Ⅷ因子障　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　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
（人工透析開始年月日　令和　　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

令和　　年　　月　　日

医療機関名称

所在地

医師名　　㊞

医療保険課受付印

受付　受付記入欄

	※国保資格取得日　　年　　月　　日	該当を〇で囲む
	※国保資格取得日が申請月の2日以降⇒発行期日＝国保資格取得日　それ以外は申請月1日	新規・再交付
	発 効 期 日　　年　　月　　日	

担当　担当点検欄

	□限度額（70歳以上・課ウorエ・非課オ⇒1万円　課アorイ⇒2万円） □発行期日と資格取得日　□疾病名

特定疾病療養受療証送付先変更依頼書（医療機関・施設用）

令和　　年　　月　　日

申請者	住所	電話番号		
	氏名		続柄	
転送先施設	住所	電話番号		
	名称		担当者	
	理由			

＊ 保険証のコピーを添付してください。
＊ 申請について、ご本人またはご家族へのご説明をお願いいたします。
＊ 証が届く前に、上記申請内容に変更があった場合は速やかにご連絡ください。
＊ 転送先宛の返信用封筒の同封をお願いします。

● 証受け取り確認欄（緊急時のみ）

受取日	令和　　年　　月　　日	担当者(受取)署名	

※この変更依頼によって送付先が変更されるのは今回の証の送付のみになります。