東京都国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者証		記　号　３９－　○○	番　号	△△△△	
申込者記入欄	世帯主 住所	西東京市　南町５丁目６番13号			
	世帯主 氏名	西東京　太朗			
	世帯主 個人番号	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○			
	認定対象者 氏名	西東京　太朗	続柄	本人	
	認定対象者 生年月日	○○　年　△△　月　××　日			
	認定対象者 個人番号	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○			
	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．後天性免疫不全症候群（厚生労働大臣が定めるものに限る）			

特定疾病療養受療証の申請理由について医師の方よりご記入ください。
但し、以下の３点のいずれかを添付いただければ記入不要です。
・障害者手帳申請用の診断書　・障害者手帳
・国保加入前の健康保険で発行されていた特定疾病受療証

年　月　日

医療機関　所在地 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

名　称 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記のとおり申請します。

西東京市長　あて

○○　年　△△　月　××　日

住　所　西東京市　南町５丁目６番13号

世帯主氏名　西東京　太朗

電話番号　042-464-1311

番号確認	本人確認	決裁欄	課長	係長	主査	主任	担当
１．通知カード ２．個人番号カード ３．（　　）	１．運転免許証　２．保険証 ３．住基カード　４．旅券 ５．身体障害者手帳 ６．（　　）						

※高齢受給者、疾病名「１」・「３」については、有効期限はありません。