

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		記号 39-	番号				一般・退職			
申込者記入欄	世帯主	住所	西東京市							
		氏名								
		個人番号								
	認定対象者	氏名						続柄		
		生年月日	年			月		日		
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）									
----- ----- ----- ----- 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 令和 年 月 日 住 所 西東京市 _____ 世帯主氏名 _____ 電話番号 _____										
番号確認	1. 通知カード	本人確認	1. 運転免許証	決裁欄	課長	係長	主査	主任	担当	
	2. 個人番号カード		2. 保険証							
	3. ( )		3. 個人番号カード 4. 旅券							
			5. 身体障害者手帳							
			6. 資格確認書							
			7. ( )							

※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。