

記載例

国民健康保険特定疾病療養受療証再交付申請書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(宛先) 岡崎市長

(世帯主) 住所 世帯主の住所氏名 世帯主の氏名マイナンバー(個人番号) 世帯主のマイナンバー

こちらから連絡させていた
だく場合がありますので、連
絡の取りやすい電話番号を
ご記入ください。

電話 〇〇〇〇 - 〇〇 - 〇〇〇〇

特定疾病療養受療証を再交付してください。

被保険者記号番号	1234 — 5678			
被保険者	氏名	再交付を受けるかたの氏名		
	生年月日	(S・H・R) ○年○月○日	世帯主との続柄	本人、妻等
該当する番号に○を付けてください。	マイナンバー(個人番号)	再交付を受けるかたのマイナンバー		
疾病名	① 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第VII因子障害 又は先天性血液凝固第IX因子障害等(血友病) 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (HIV感染を含む。)			
再交付を申請する理由	<input checked="" type="checkbox"/> 紛失のため <input type="checkbox"/> 盜難にあつたため <input type="checkbox"/> 損傷又は汚損のため <input type="checkbox"/> その他()			

該当する申請理由に✓を付けてください。

により特定疾病療養受療証の再交付を申請する場合は、既に交付を病療養受療証を添付すること。

受付	入力	審査

番号確認	本人確認
マイナンバーカード	マイナンバーカード 運免 在留 障手 パスポート 他()
通知カード	年手 資格確認書等 医療受給証 他()
住民票 公簿	学生証 他()

受付印

届出人氏名

申請書を記載されるかたの氏名