

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	①・H・R 〇年 〇月 〇日	世帯主との続柄	本人、妻 等	
	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Ⅷ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"/> 盗難にあったため <input type="checkbox"/> 損傷又は汚損のため <input type="checkbox"/> その他 ()				

該当する番号に〇を付けてください。

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