

# 国民健康保険特定疾病療養受療証再交付申請書

令和 年 月 日

(宛先) 岡 崎 市 長

(世帯主) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

マイナンバー(個人番号) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

次のとおりですので、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	—		
被 保 険 者	氏 名		
	生 年 月 日	S・H・R 年 月 日	世帯主との 続 柄
	マイナンバー (個人番号)		
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 (H I V感染を含む。)		
再 交 付 を 申 請 す る 理 由	<input 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 ( )		

注 損傷又は汚損により特定疾病療養受療証の再交付を申請する場合は、既に交付を受けた特定疾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
-----

届出人署名
-------