受　付

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

（宛先）高松市長
下記のとおり申請します。

申請日	令和　　年　　月　　日

世帯主（申請者）	住　所	高松市		
	氏　名		個人番号	
			電話番号（日中連絡先）	
届出人（窓口に来られた人）	□ 世帯主　□ 対象者　□ 同一世帯員（氏名のみご記入ください） □ 代理人（下記をすべてご記入ください。）			
	住　所			
	氏　名		世帯主との続柄	

認定を受けようとする被保険者	記号番号	香川1	（枝番）	
	氏　名		生年月日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日
			個人番号	
医師の意見欄				
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 3　抗ウィルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る）			
上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。　　令和　　年　　月　　日				
医療機関の所在地				
医療機関の名称				
医師の氏名				
電話番号				

注　疾病名は、いずれか該当の番号を〇で囲んでください。
　　医師の意見欄は、当該疾病にかかっていることを証明する書類を添付すれば不要となります。

職員記入欄									
本人確認		個人番号確認				受付	受取方法	資格	収納
確認書類	免・個・住・パ・在 保・他（高齢・通・キャ・診・　） 委	確認書類	1. 番号カード 2. 番号通知カード 3. 住民票等（番号有）	確認書類	不明 拒否 他（　　）	本庁 支・出	窓口手渡し済 出張所返し 自宅郵送		
適用区分	70歳以上【 限Ⅲ　現Ⅱ　現Ⅰ　一般　低Ⅱ　低Ⅰ 】・70歳未満【 ア　イ　ウ　エ　オ 】								