

特定疾病療養受療証（交付・再交付）申請書

(あて先) 福岡市 区長		被保険者証の記号番号(8桁)							
認定対象者の氏名	生年月日	昭 平 令 年 月 日							
	個人番号(12桁)								
疾病名 (該当する番号に○印を付してください。)	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(いわゆる血友病) 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 感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る)								

医師の意見欄	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								
	保険医療機関								
	所在地 名称 医師の氏名 印								

上記のとおり申請します。		令和 年 月 日								
世帯主の	住所	福岡市 区 丁目 番 号								
	氏名	電話	() -							
		個人番号(12桁)								
申請者	申請者が世帯主以外の場合に記入									
	氏名	電話	() -							

福岡市使用欄

処理欄	受付年月日			受付	交付	区分		障がい者医療証						
						一般	1万円	有 無						
					退職 本人扶養	2万円								
確認欄	番号確認	対象者	カード 通知 住民票 オンライン			本人確認	カード 免許 旅券 障手帳 在カ							
		世帯主	カード 通知 住民票 オンライン				保険証 その他 ()							
	代理権	委任状 保険証 その他 ()									課長	係長	係員	
口頭確認 ()											決裁			

特定疾病療養受療証（交付・再交付）申請書

国民健康保険証の記号番号 (あて元) 福岡市 区 分		被保険者証の記号番号(8桁)	1	2	3	4	5	6	7	8	
認定対象者の氏名	福岡 花子		生年月日		昭 平 令 52 年 7 月 1 日		個人番号(12桁)				
疾病名 (該当する番号に○印を付してください。)	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(いわゆる血友病) 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 感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る)		受療証が必要な人の氏名・生年月日・個人番号・疾病名を記入してください。								

医師の意見欄	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	
	保険医療機関	医師に記入してもらってください。
	所在地 名称 医師の氏名	窓口にお越しになる日

上記のとおり申請します。		令和 5 年 1 月 7 日	
世帯主の住所	福岡市 中央 区 天神 1 丁目 8 番 1-101 号		
世帯主の氏名	福岡 太郎	個人番号(12桁)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
		電話	(090) XXXX - XXXX
申請者の氏名	申請者が世帯主以外の場合に記入		
	福岡 花子	電話	(090) XXXX - XXXX

福岡市使用欄							
処理欄	受付年月日	受付	交付	区分	障がい者医療証		
	国民健康保険の世帯主の氏名・住所・個人番号・電話番号および申請者の氏名・電話番号・世帯主との続柄を記入してください。(世帯主が申請の場合は、申請者欄は記入不要)				1万円 2万円	有 無	
確認欄	番 号	世帯主	カード	通知	住民票	オンライン	カード 免許 旅券 障手帳 在カ
	代理権	委任状 保険証 その他 ()			保険証	その他 ()	
口頭確認 ()				決裁	課長 係長 係員		