

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		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	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/確認書 その他 ()				
	代理権	委任状 保険証/確認書 その他 ()									
口頭確認 ()						決裁	課長	係長	係員		
確認事項 マイナ保険証利用登録 (有・無)											

特定疾病療養受療証（交付・再交付）申請書

国民健康保険の記号番号 (あて先 福岡市 区 分)		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)	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	9
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										
	所在地 名称 医師の氏名										

医師に記入してもらってください。

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																	
	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	申請者が世帯主以外の場合に記入																		
	氏名	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	有 無		
確認欄	番 号	カード 通知 住民票 オンライン			2万円	カード 免許 旅券 障手帳 在カ		
	代理権	委任状 保険証/確認書 その他 ()			保険証/確認書 その他 ()			
口頭確認 ()					決 裁	課長	係長	係員
確認事項 マイナ保険証利用登録 (有 ・ 無)								