

**国民健康保険特定疾病認定申請書（特定疾病療養受療証再交付申請書）**

太線の枠内だけ記入してください

(宛先) 名古屋市 区長		平成 年 月 日	
		申請者（世帯主）	
		住所 名古屋市 区	
		氏名	
		個人番号	
		電話 ( ) -	
下記のとおり申請します。			
申請者が記入する欄	被保険者証記号番号		申請区分 1 新規 2 再交付
	認定対象者の氏名		
	認定対象者の個人番号		
	認定対象者の生年月日	昭・平 年 月 日	世帯主との続柄
	疾病名	1 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2 血友病等	
医師が記入する欄	(※再交付申請の場合、この欄の記入は必要ありません。) 上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。		
	平成 年 月 日		
	医療機関の名称		
	所在地		
		医師名 _____ (印)	
再交付申請の場合、その理由			

決裁 年 月 日	オンライン	特定疾病療養受療証交付年月日	特定疾病区分
		新規 年 月 日交付 (発効期日 年 月 日)	1 腎不全一般 2 血友病等
		再交付 年 月 日交付	3 腎不全上位 4 腎不全高齢