

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)名古屋市 区長

申請者 住所 _____

氏名 _____ 個人番号 _____

電話番号 _____

次のとおり申請します。

記号・番号			
認定申請対象者	氏名		個人番号
	生年月日	年 月 日	
	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 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群	
	再交付申請の理由		

処理欄	認定等	イ 市町村民税非課税証明書	受付番号 (第 号)
		ロ 保護申請却下通知書	交付番号 (第 号)
		ハ 公簿 ()	認定(再交付)等年月日
		二 却下(理由))	令和 年 月 日
所得区分		1.腎不全一般 2.腎不全上位 3.腎不全高齢 4.血友病等	