

# 記入例

※ ○ のついている項目にご記入ください。

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書																																									
被保険者 (ご本人)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px;">記号</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">10- × ×</td> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px;">番号</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">× × × ×</td> <td style="padding: 5px;">(枝番) × ×</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px;">住所</td> <td colspan="4" style="border: 1px solid black; padding: 5px;">目黒区〇〇 × - × - ×</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px;">氏名</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">□□ □□□</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">個人番号</td> <td colspan="2" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px;">生年月日</td> <td colspan="4" style="border: 1px solid black; padding: 5px;">昭和××年×月×日</td> </tr> </table>	記号	10- × ×	番号	× × × ×	(枝番) × ×	住所	目黒区〇〇 × - × - ×				氏名	□□ □□□	個人番号	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td> </tr> </table>		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	生年月日	昭和××年×月×日			
	記号	10- × ×	番号	× × × ×	(枝番) × ×																																				
	住所	目黒区〇〇 × - × - ×																																							
	氏名	□□ □□□	個人番号	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td> </tr> </table>		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○																
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○																						
生年月日	昭和××年×月×日																																								
認定疾病名	1 慢性腎不全(人工透析)																																								
	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。)																																								
<p style="text-align: center;">上記の認定疾病に係る助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">ご記入日</span></p> <p>目黒区長 宛て</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;"><span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px;">××年×月××日</span></p> <p>申請者 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">(世帯主)</span></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px;">住所</td> <td style="padding: 5px;">目黒区〇〇 × - × - ×</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px;">電話</td> <td style="padding: 5px;">〇〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px;">氏名</td> <td style="padding: 5px;">△△ △△</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: small;">個人番号</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>		住所	目黒区〇〇 × - × - ×	電話	〇〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇	氏名	△△ △△	個人番号	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td> </tr> </table>	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○												
住所	目黒区〇〇 × - × - ×																																								
電話	〇〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇																																								
氏名	△△ △△																																								
個人番号	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td> </tr> </table>	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○																				
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○																						
事務 処理 欄	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">発行期日</td> <td style="padding: 5px;">年 月 日から 年 月 日まで有効</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">確認方法</td> <td style="padding: 5px;">1 都 医療券 2 障 医療証 3 更生医療券 4 レセプト 5 医師の意見書 6 その他( )</td> </tr> </table>	発行期日	年 月 日から 年 月 日まで有効	確認方法	1 都 医療券 2 障 医療証 3 更生医療券 4 レセプト 5 医師の意見書 6 その他( )																																				
発行期日	年 月 日から 年 月 日まで有効																																								
確認方法	1 都 医療券 2 障 医療証 3 更生医療券 4 レセプト 5 医師の意見書 6 その他( )																																								

お証を使用する人のご住所・お名前等をご記入ください。

該当する疾病名の番号に○をつけてください。

記入不要

R3.4.1

- ※ 発効日は申請書を受領した月の1日までしか遡ることができませんので、ご注意ください。
- ※ 個人番号（マイナンバー）を記載しなくても、申請を行うことは可能です。
- ※ 個人番号（マイナンバー）を記載した場合は、マイナンバーカード（両面）のコピー、または次の①と②のコピーを添付してください。
  - ①個人番号確認書類（個人番号記載の住民票の写しなど）
  - ②本人確認書類（運転免許証、パスポート、写真つき住民基本台帳カードなど）