

特定疾病認定申請書

記入例

被保険者証 記号・番号	△□ - ○○ ・ △□×○		
被保険者氏名	大田 花子		
被保険者個人番号	1234 5678 90		
生年月日	○○ 年 ○ 月 ○ 日		
認定疾病名	<ul style="list-style-type: none"> ・ 血友病 ・ 血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症 <input checked="" type="radio"/> 人工透析が必要な慢性腎不全 		
<p>上記認定疾病にかかわる医療助成を受けたい場合は、</p> <p>関係書類を添え申請します。</p> <p style="text-align: center;">令和 ○○ 年 ○ 月 ○ 日</p> <p>(宛先) 大田 区 長</p>			
申請人 (世帯主)	住 所	大田区 蒲田○△-□-×	
	氏 名	大田 太郎	
	個人番号	1234 5678 90△△	
	電話番号	03-○○××-△△	
届出人	氏名	大田 花子	
	世帯主との ご関係	妻	電話番号 03-○○××-△△33

特定疾病療養受領証を必要とする方の保険証記号番号・氏名・個人番号・生年月日をご記入ください。

該当の疾病名に○(マル)をしてください。

住民票上の世帯主の住所・氏名・個人番号・電話番号をご記入ください。

住民票上の届出人の住所・氏名・電話番号をご記入ください。

※申請者が世帯主以外の場合のみ

※申請者が世帯主以外の場合、ご記入ください。

区担当者記入欄

番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 通知カード
身元1点	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他()
身元2点	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 各種医療受給者証 <input type="checkbox"/> その他()