# 東京都国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 被保険者証 | | 記　号　３９－ | 番　号 | |
| 申込者記入欄 | 世帯主 | 住　所 | 西 東 京 市 | |
| | | 氏　名 | | |
| | | 個人番号 | | |
| | 認定対象者 | 氏　名 | | 続柄 |
| | | 生年月日 | 年　月　日 | |
| | | 個人番号 | | |
| | 疾　病　名 | 1．血　友　病<br>2．人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全<br>3．後天性免疫不全症候群（厚生労働大臣が定めるものに限る） | | |

------------------------------------------------------------

------------------------------------------------------------

------------------------------------------------------------

------------------------------------------------------------

年　月　日

医療機関　所在地 ______________________

名　称 ______________________

医師名 ______________________

上記のとおり申請します。

西東京市長　あて

年　月　日

住　所 西東京市______________________

世帯主氏名 ______________________

電 話 番 号 ______________________

| 番号確認 | | 本人確認 | | 決裁欄 | 課長 | 係長 | 主査 | 主任 | 担当 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1．通知カード<br>2．個人番号カード<br>3．(　　　) | | 1．運転免許証　2．保険証<br>3．住基カード　4．旅券<br>5．身体障害者手帳<br>6．(　　　) | | | | | | |

※高齢受給者、疾病名「１」・「３」については、有効期限はありません。