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

常滑市長　殿

世帯主	住　所　常滑市	
	氏　名	
	個人番号	
	電　話	―　　―
届出人	住　所	□　世帯主と同じ
	氏　名	□　世帯主と同じ
	電　話	□　世帯主と同じ ―　　―

次のとおり再交付を申請します。

被保険者証番号			
氏　　名			
個　人　番　号			
生　年　月　日	昭・平・令　　年　　月　　日		
疾　　病　　名	□　血友病 □　人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 □　抗ウィ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	□　紛失 □　破損または汚損 □　その他（　　）		
有効期限 ※慢性腎不全のみ	年　　月　　日	自己負担限度額	□　１万円 □　２万円
発効期日	年　　月　　日		

※添付書類　届出人が本人であることを確認できる書類

≪注意≫

1　特定疾病療養受療証を破り、又は汚した場合の申請には、その特定疾病療養受療証を添付してください。

2　再交付を受けた後、失った特定疾病療養受療証を発見したときは、直ちに発見した特定疾病療養受療証を返還してください。