

国民健康保険特定疾病療養受療証再交付申請書

平成 年 月 日

(あて先)岡 崎 市 長

(世帯主)住所 岡崎市 _____

氏名 _____

(電話 局 番)

次のとおりですので、特定疾病療養受療証を再交付してください。

記 号 番 号	.	
被 保 険 者	氏 名	
	生 年 月 日	昭・平 年 月 日
疾 病 名	1 血漿分画製剤を投与している先天性血漿凝固第 因子 障害又は先天性血液凝固第 因子障害等 2 人工腎臓を実施している慢性腎不全	
再 交 付 を 申 請 す る 理 由	紛失のため 盗難にあったため 損傷や汚損のため その他 ()	

注 損傷により特定疾病療養受療証の再交付を申請する場合は、既に交付を受けた特定疾病療養受療証を添付すること。

(代理人による申請の場合は、下に代理人の住所・氏名を記入してください。)

代理人

住所 _____

氏名 _____

受付印