

国民健康保険特定疾病療養受療証再発行申請書

認 定 対 象 者	記 号 番 号		区 分	一 般 ・ 退 本 ・ 退 扶
	氏 名		生 年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日
	個 人 番 号	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>		
疾 病 の 名 称		１．血友病 ２．人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 ３．後天性免疫不全症候群		

再交付申請の理由

○紛 失

○焼 失

○汚損・破損

○その他（ ）

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

(宛先) 金沢市長

金沢市

申請者 (世帯主) 住 所

氏 名

個人番号

[illegible]

(電話)

窓口に 住 所
来られた方

氏 名

(電話)

以下は記入しないでください

確認	番号	個人 通知 住民 端末	代理	法定 委任 本人	第三者		備考		担当印	
	本人	個人 免許 旅券 手帳 在留 () / 保険 介護 年金 ()								

保険年金課	伺	令和 年 月 日			課 長	補 佐	課 員	担 当
	決裁	令和 年 月 日						
発効期日	年 月 日		負担区分	上位・その他				
(伺) 上記の申請について再発行してよろしいか								

取捨区分；非公開（全部非）	非公開理由（個人）	保存年限 5 年
---------------	-----------	----------