

國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	・	退扱
	氏名		生年月日	昭和	平成	年	月	日
	個人番号			令和				
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 住 所
(世帯主)

氏 名

個人番号

(電話)

(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									

取扱区分；非公開（全部非） 非公開理由（個人） 保存年限5年