

特定医療費(指定難病)支給認定申請書

※太枠内を記載してください。

生保切替

開始・廃止

受給者番号							
-------	--	--	--	--	--	--	--

患者	フリガナ		性別	生年月日		
	氏名		男・女	明・大 昭・平 令	年 月 日	年齢
	フリガナ 住所	〒	電話番号	-	-	
保護者 (患者が18歳未満の場合のみ記入してください)	フリガナ		続柄	生年月日		
	氏名			明・大 昭・平	年 月 日	
	フリガナ 住所	〒	電話番号	-	-	
患者が加入している医療保険	保険者名		保険者番号			
	被保険者氏名		記号・番号			
いずれかに☑	生活保護開始 <input type="checkbox"/>		生活保護廃止 <input type="checkbox"/>			

私は指定難病医療受給者証の交付を申請します。

令和 年 月 日

宮城県知事

殿

患者(又は保護者)氏名

印

以下記載不要です

保健所使用欄

添付書類チェック (開始)
<input type="checkbox"/> 生保証明

添付書類チェック (廃止)
<input type="checkbox"/> 世帯調書 <input type="checkbox"/> 保険証写し <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 税証明 <input type="checkbox"/> 年金手当 <input type="checkbox"/> 非課税収入申告書 <input type="checkbox"/> 無収入申立書 <input type="checkbox"/> 保険照会同意書 <input type="checkbox"/> 生保廃止証明

HcNo

--