

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 <small>（患者が 18歳未満 の場合のみ 記入してく ださい）</small>	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☑		<input type="checkbox"/> 生活保護開始			<input type="checkbox"/> 生活保護廃止			

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	

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