様式第８号

特定医療費（指定難病）支給認定申請書

生保切替
開始・廃止

※太枠内を記載してください。

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
	個人番号					
	フリガナ	〒	電話番号	－	－	
	住所					
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	
	個人番号					
	フリガナ	〒	電話番号	－	－	
	住所					
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		☐ 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

HCNo

添付書類チェック（開始）
☐生保証明

添付書類チェック（廃止）
☐世帯調書
☐保険証写し（☐：マイナ省略あり※要様式30）
☐住民票
☐税証明（☐：マイナ省略あり※要様式30）
☐マイナンバー本人確認（マイナ省略の場合）
☐非課税収入申告書(様式21)
☐年金・手当等証明書類
☐保険照会同意書(様式25)
☐無収入申立書(様式26)
☐マイナ省略確認書(様式30)※要様式21（☐：B2同意あり）
☐生保廃止証明
☐その他（　　）