

国 民 健 康 保 険
特 定 疾 病 療 養 受 療 証 交 付 申 請 書

世帯主氏名		被保険者証 の記号及び番号	
認定対象者の氏名	認定対象者の 生年月日	年 月 日	世帯主 との続柄
認定対象者の 個人番号			
認定対象者の 住所			
疾 病 名	<p>1 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害</p> <p>2 人工腎臓を実施している慢性腎不全</p> <p>3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（H I V感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。）</p> <p>※該当する番号に○を付けてください。</p>		
医 師 の 意 見 欄	<p style="text-align: center;">上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">名称 医療機関所在地</p> <p style="text-align: center;">医師名 印</p>		
上記のとおり申請いたします。			
年 月 日			
世帯主 住所			
氏 名			
電 話			
個人番号			
(宛先)			