

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	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 2 人工腎臓を実施している慢性腎不全 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。） ※該当する番号に○を付けてください。																	
医師の 意見 欄	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 年 月 日 名称 医療機関所在地 医師名 印																	
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 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																		
(宛先)																		