

## 国民健康保険特定疾病 療養受療証交付申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被 保 険 者 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			
	疾 病 名	1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全  2. 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  3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（HIV 感染を 含み，厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。）		

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。  <div style="text-align: center;">年 月 日</div> <div style="text-align: center;">名称</div> <div style="text-align: center;">医療機関の所在地</div> <div style="text-align: center;">医師名</div>
----------------------------	--

上記のとおり申請します。

年 月 日  
三 原 市 長 様

住 所 三原市 町 番地  
丁目 番 号

世帯主

氏 名 .....

個人番号 .....