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	<ol style="list-style-type: none"> 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	<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</p> <p style="text-align: center;">医療機関の所在地</p> <p style="text-align: center;">医師名</p>
----------------------------	--

上記のとおり申請します。

年 月 日

三 原 市 長 様

住 所 三 原 市

世帯主

氏 名

個人番号