

国民健康保険
特定疾病療養受療証 交付申請書

世帯主が記入する欄	世帯主氏名			被保険者 記号番号		
	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	
	認定対象者の住所					
	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（血友病） 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）				

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	
	医療機関の名称 所在地	
	医師名	㊞

上記のとおり特定疾病療養受療証の交付を申請します。

年 月 日

世帯主 住 所 吉野ヶ里町

氏 名

吉野ヶ里町長 様