

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		被保険者証の記号番号		
	認定対象者の氏名	認定対象者の生年月日	S. H・R 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。  令和   年   月   日  <p style="text-align: center;">医療機関の名称 所在地</p> <p style="text-align: center;">医師名 <span style="float: right;">㊟</span></p>
--------	---

上記のとおり特定疾病療養受療証の交付を申請します。

令和   年   月   日

世帯主   住 所   吉野ヶ里町

氏 名 ㊟

吉野ヶ里町長   様