

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

被 保 険 者 記 入 欄	世帯主氏名 生年月日	年 月 日	被保険者証 記号番号	02 -
			個人番号	
	認定対象者氏名 生年月日	年 月 日	世帯主との 続柄	
			個人番号	
	認定対象者住所	浜田市		
	疾 病 名	1 人工透析を行う必要のある慢性腎不全 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(いわゆる血友病) 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (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。) (該当するものを○で囲んでください。)		

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。			
	令和	年	月	日
	所在地			
	医療機関の 名 称			
	医 師 名			Ⓜ

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住 所
世帯主
氏 名

Ⓜ

浜 田 市 長 久 保 田 章 市 様

摘 要	交 付 年月日	年 月 日	発 効 期 日	年 月 日	有 効 限 限	年 月 日
-----	------------	-------	------------	-------	------------	-------