

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

申請者が記入する欄			
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
認定対象者の個人番号		世帯主との続柄	
住所	兵庫県たつの市 町 番地		
疾病名	<input type="checkbox"/> 人工透析治療を実施している慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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。)		

医師の意見書	
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	
療養取扱機関	所在地
	名称
	医師名

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

世帯主 住所 たつの市 町 番地

氏名

個人番号

(電話 - -)

たつの市長 様