

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 及び生年月日	(個人番号)		被保険者証の 記号及び番号	日置	
	認定対象者の 氏名		認定対象者の生年月日	昭・平 年 月 日	世帯主 との続柄	
	個人番号					
	疾病名	1. 血友病 2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 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	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
	名 称
	医療機関の
	所在地
	医 師 名
	印

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住 所 日置市

世帯主

氏 名 印

(個人番号)

日置市長 殿