

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	年 月 日	被保険者 記号番号	和4・
	個人番号	— —		
	電話番号			
	認定対象者の氏名		認定対象者 の生年月日	年 月 日
	個人番号	— —		
	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因子障害等 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群		

医師の意見欄	上記のとおり診察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 ⑩
--------	---

上記のとおり申請します。

年 月 日

世帯主 住所

氏名

有田市長 殿

注： 慢性腎不全に関わる更正医療券の提示を行う等により当該疾病が明らかであるものについては
医師の意見欄の記載を要しないこと。

課長	係長	係