

国民健康保険
特定疾病療養受療証
交付申請書

被保険者が記入する欄	認定対象者	記号・番号	奈6ー		
		個人番号			
		氏名		世帯主との続柄	
		生年月日	昭・平・令		
	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. 抗ウィ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。				
	年 月 日				
	医療機関 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 桜井市

氏 名

個人番号 ()

桜井市長 殿

自己負担金額 (当初)	万円	決 済 欄	課長	主幹	副主幹	係長	係員	確認者