

国民健康保険特定疾病受療証交付申請書

申請者記載欄	疾病名	1 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（血友病） 2 人工腎臓を実施している慢性腎不全 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、厚生大臣の定める者に係るものに限る。）			
	世帯主の氏名及び生年月日			被保険者記号・番号	十和田
		昭・平・令 年 月 日		世帯主個人番号	
	認定対象者氏名・性別	男・女		世帯主との続柄	
				生年月日	昭・平・令 年 月 日
	認定対象者個人番号				
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 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。 令和 年 月 日 申請者 住所 十和田市 (世帯主) 氏名 電話 (— —) 十和田市長 殿				
※処理	被保険者区分	発 効 期 日		受療証交付年月日	担当者
	1. 一般被保険者				
	2. 退職被保険者	令和 年 月 日		令和 年 月 日交付	
	3. 退職被扶養者	から有効			