

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		被保険者証の記号番号	十和田
		昭・平 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 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 小山田 久 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		