

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

世帯主記入欄	被保険者証の 記号及び番号	奈 3 0	一般 ・ 退職
	個 人 番 号	<input type="text"/>	
	対 象 者 氏 名		
	生 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日	男 ・ 女
	住 所	香芝市	
疾 病 名	1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2. 血漿分画製材を投薬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） 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限る）		

医師の意見欄	<p style="text-align: center;">上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関の名称</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">医師名 ⑩</p>
--------	---

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住所 香芝市

香芝市長 殿

個人番号 _____

世帯主 氏名 _____

電話番号 _____