

## 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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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	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
	医療機関の名称
	所在地
	医師名 <span style="float: right;">⑩</span>

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 \_\_\_\_\_