

| | | | | |
|----|----|------|----|---|
| | 課長 | 課長補佐 | 係長 | 係 |
| 決裁 | | | | |

国民健康保険特定疾病療養受療証 交付申請書

| | | | | | |
|---------------|--|-----------|--|----|--|
| 被保険者 記号・番号 | | 世帯主 氏名 | | | |
| 認定対象者の 氏名 | | 生年月日 | | 続柄 | |
| 認定対象者の 住所 | | | | | |
| 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 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 | | | | |

| | |
|------------------------|---|
| 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ない。 |
| | 年 月 日 |
| | 療養取扱機関の名称 |
| | 所在地 |
| | 医師氏名 印 |

上記のとおり申請します。

年 月 日

世帯主 住所

氏名

大川市長 殿