

国民健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

世帯主が記入する欄	世帯主氏名		被保険者 記号・番号	記号	
	生年月日	年 月 日		番号	
	個人番号				
	認定対象者氏名		世帯主との続柄		
	生年月日	年 月 日			
	個人番号				
	認定対象者の 住 所	さくら市			
疾 病 名	1. 人工腎臓（人工透析）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因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害（いわゆる血友病） 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係るものに限る。）				

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
	療養取扱機関の 名 称
	所在地
	医師名

上記のとおり申請します。

年 月 日

住所 さくら市

〔世帯主〕

氏名

さくら市長 様

処理欄	認 定	交付・却下（理由 ）	発行期日	年 月 日			
	交付年月日	年 月 日	決裁年月日	年 月 日			
	標記申請について上記のとおり決定してよろしいか伺います。		決裁	課長	補佐	係長	係