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	認定対象者の氏名		被保険者証の記号及び番号	和６・ （　一般　・　退職　）
	個人番号			
	認定対象者の生年月日	昭　・　平　・　令 年　　月　　日	認定対象者の性別	男　・　女
	疾　病　名 （該当する番号を○で囲んで下さい。）	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，　抗ウィ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	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 所在地 医療機関　　名　称 医師名

上記のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日

住　　所　　田辺市

世帯主氏名

世帯主個人番号　（　　）

田　辺　市　長　　宛て

処理欄	発効期日	令和　　年　　月　　日	初回交付日	令和　　年　　月　　日		
	自己負担額	１万円　・　２万円	初回有効期限	令和　　年　　月　　日		
	標記申請に基づき、国民健康保険特定疾病療養受療証を交付してよろしいか。			決　済		
				係	係長	課長