

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	被保険者の 記号及び番号	和 6 .		
	認定対象者の 氏名		認定対象者の 生年月日	昭 . 平 . 令
	個人番号			年 月 日
	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因子障害等 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	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

電 話 番 号

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