

国民健康保険特定疾病療養受領証交付申請書

被保険者が記入する欄	世帯主氏名		被保険者 記号・番号	平川・						
	認定対象者の氏名		認定対象者の 生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日						
	個人番号									
	認定対象者の住所	平川市						世帯主との続柄		
	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 又は先天性血液凝固第Ⅸ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（H I V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									
	医療機関 名称									
	所在地									
	医師名								印	

上記のとおり申請します。

年 月 日

世帯主 住所 平川市

氏 名

個人 番号										
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

平川市長 様

交付年月日	年 月 日
-------	-------