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  及び生年月日 | （個人番号　　　　　　　）  大・昭・平・令　　　　年　　　月　　　日 | | | 被保険者証の  記号及び番号 | 日置 | |
| 認定対象者の  氏　　　　名 |  | 認定対象者  の生年月日 | 昭・平　　年　　月　　日 | | 世帯主  との続柄 |  |
| 個人番号 |  | | | | | |
| 疾病名 | 1. 血友病 2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 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。  　　　　令和　　 年　 　月 　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称  医療機関の  　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地    医　師　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

上記のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日

住　所　日置市

世帯主

　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　（個人番号　　　　　　　　）

日置市長　殿