

国民健康保険
特定疾病療養受療証
交付申請書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証	記号	56-	番号		個人番号
	認定対象者氏名				生年月日	年 月 日
	疾病名称	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	上記の診療を受けていることに相違ありません。 令和 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 _____

氏 名 _____

東京都大島町長 殿