

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

申請者が記入する欄	被保険者の記号及び番号			
	世帯主の氏名		認定対象者の個人番号	
	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
	世帯主との続柄			
	認定対象者の住所	兵 庫 県 加 東 市 Tel		
	疾 病 名	1. 人工腎臓を実施している（人工透析）慢性腎不全 2. 血友病 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		
	療養取扱機関	所在地	
	名 称		印
	医師名		印

上 記 の と お り 申 請 い た し ま す 。

令和 年 月 日

加 東 市 長 様

世帯主 住所 加東市
(電話番号) —
氏名
個人番号

チェック欄	資 格	発効年月日	交付日
	/	令和 年 月 日	令和 年 月 日

受付者氏名	
-------	--