国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

丰	被保険者 記号·番号	三み・						
帯主	認定対象者 の氏名・生年 月日	(年月日)	個人番号					
土が	認定対象者 の住所	みやき町大字	番	地続柄				
記		1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全						
入	2. 漿分割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	三天性血液		
す	疾病名	凝固第IX因子障害(血友病)						
る		3. 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						
欄	労働大臣の定める者に係るもの							

医	上のとおり診療を受けていることに相違ありません。	
師	年 月 日	
の	療養機関の所在地	
意	名称	
見	医師名	
書		

上記のとおり申請します。

年	月	日			
	世帯主	住所	みやき町大字		番地
		氏名			
	個人番号				
	電記	活番号	()	

受付者