

# 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	世帯主	氏名		被保険者番号			
		個人番号					
	認定対象者	氏名		個人番号			
		住所					
		生年月日	昭・平・令	年	月	日	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					

医師の意見欄	上記のとおり療養を受けていることに相違ありません。				
	令和      年      月      日				
	医療機関の名称				印
	所在地				
医師名					

川 西 市 長    宛

上記のとおり申請します。

申請日		令和	年	月	日	世帯主氏名	
届出人	氏名					世帯主との続柄	
	住所					電話番号	