国民健康保険　特定疾病療養受療証交付申請書

須　崎　市　長　　様

<table>
<tr><td rowspan="8">世帯主が記入する欄</td><td colspan="2">世帯主氏名</td><td></td><td>生年月日</td><td>昭・平　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">個人番号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="6">認定対象者</td><td>氏　　名</td><td></td><td>生年月日</td><td>昭・平　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>個人番号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>被保険者証の記号番号</td><td></td><td>世帯主との続柄</td><td></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="3">高知県須崎市</td></tr>
<tr><td>疾病名</td><td colspan="3">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感染を含む）</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>医師の意見欄</td><td>うえ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

保険医療機関　　名　称

所在地

医師名　　㊞</td></tr>
</table>

上記のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日

世帯主　　住所

氏名　　㊞

決裁	平成　　年　　月　　日		
課長	課長補佐	係長	係