

## 国民健康保険

### 特定疾病療養受療証交付申請書

|           |                        |  |                 |  |  |
|-----------|------------------------|--|-----------------|--|--|
| 世帯主が記入する欄 | 世帯主の氏名<br>及び生年月日       | 年 月 日  | 被保険者証の<br>記号・番号 |  |  |
|           | 認定対象者の<br>氏名及び<br>生年月日 | 年 月 日  | 世帯主<br>との続柄     |  |  |
|           | 世帯主<br>個人番号            |  | 認定対象者<br>個人番号   |  |  |
|           | 認定対象者<br>の住所           | 鹿沼市  |                 |  |  |
|           | 疾 病 名                  | 1 人工腎臓を実施している慢性腎不全<br>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<br>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 | 上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。                  |  |  |  |
|        | 年 月 日                                      |  |  |  |
|        | 名 称  |  |  |  |
|        | 療養取扱機関の<br>所在地                             |  |  |  |
|        | 医 師 名 <span style="float: right;">印</span> |  |  |  |

上記のとおり申請します。

年 月 日

住 所 鹿沼市

世帯主

氏 名

印

鹿沼市長

宛