

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 及び生年月日	年 月 日	被保険者証の 記号・番号		
	認定対象者の 氏名及び 生年月日	年 月 日	世帯主 との続柄		
	世帯主 個人番号		認定対象者 個人番号		
	認定対象者の 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 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 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 所在地			
	医 師 名 印			

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