

<記入例>

## 国民健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書

認定対象者に関する こと	被保険者 記号・番号	貝国 12345	[区分] 1.一般・2.退職本人・3.退職扶養	
	被保険者	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	
		ふりがな 氏名	かいづか はなこ 貝塚 花子	生年月日
疾病の名称	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 (HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る)			

上記のとおり、国民健康保険 特定疾病療養受療証の交付を申請します。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

住 所 貝塚市島中1丁目17番1号

個人番号 ( 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 1 2 )

世帯主名 貝塚 太郎

電話番号 072-433-7273

備考	※発効期日(この証が有効になる日)は、申請月の1日または給付開始年月日の遅い方になります。

上記のとおり、診療を受けていることに相違ありません。

令和 年 月 日

療養取扱期間

所在地
名称
医師

印

※この意見書は無料交付です。

(保険医療機関及び保険医療養担当規則第6条)

交付年月日	令和 年 月 日
発効期日	令和 年 月 日
有効期限	令和 年 月 日

受付印