

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事	被保険者記号・番号	貝国	[区分] 1.一般・2.退職本人・3.退職扶養		
	被保険者	個人番号			
		ふりがな氏名	生年月日	年	月
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 _____

個人番号 (_____)

世帯主名 _____

電話番号 _____ - _____ - _____

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

⑩

※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