

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

下記のとおり申請します。

(宛先)湖西市 長

令和 年 月 日

住所 湖西市

世帯主

氏名

個人番号※

世帯主が記入する欄	被保険者記号番号		個人番号※	
	認定対象者氏名		世帯主との続柄	
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	性別	男・女
	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(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。)		

※個人番号は市役所受付窓口で記入して下さい。

持ち物については裏面参照

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。
	令和 年 月 日
	名称
	医療機関の所在地
	医師名