

受 付

国 民 健 康 保 険

特 定 疾 病 療 養 受 療 証 交 付 申 請 書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者の氏名		世帯主との続柄	被保険者番号	
	生年月日	昭 平 令 年 月 日		個人番号	
	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(血友病) 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感染含み、厚生労働大臣の定める者に係わるものに限る)			

医 師 の 意 見 欄	上の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
	医療機関の名称
	所在地
	医師名

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

世帯主氏名 _____

個人番号 _____

北秋田市長 殿