

NO. _____

課長	庶務係長	給付係長	係	受付

<記入例>

受付簿	入力

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

1. 世帯主が記入する項目

世帯主名	北区 太郎	被保険者証の 記号・番号	17 - 00 - 0000
個人番号	0000000000000000		
認定対象者の氏名	北区 次郎	認定対象者の 生年月日	昭和 平成 33年 3月 3日
個人番号	0000000000000000		
認定対象者の住所	北区 王子本町 1-15-22		
疾病名	1. 人工透析を行う必要のある慢性腎不全 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		該当する 番号に○ をしてくだ さい。

2. 医師の意見欄 「医師の意見欄」は、当該疾病にかかる治療を受けている医療機関の医師に記入・押印してもらってください。

上記のとおり治療を受けていることに相違ありません。	※すでに当該疾病にかかっていることを公的に証明できるもの(更生医療の医療券等)を持っている方は、申請時にお持ち下されば「医師の意見欄」の記入は不要です。
平成 年 月 日	
医療機関名称	※血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症の場合には、裁判所より交付された「裁判による和解調書」の抄本が必要となります(医師の意見欄は不要です。)
所在地	
医師名	印

上記のとおり申請いたします。

平成 年 月 日

世帯主 住所 北区 王子本町1丁目15番22号

氏名 北区 太郎 印

連絡先 000 (0000) 0000

北区長殿