

NO. \_\_\_\_\_

課長	庶務係長	給付係長	係	受付

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

<b>世帯主名</b>		<b>被保険者証の 記号・番号</b>	1 7 - .
個人番号			
<b>認定対象者の氏名</b>		<b>認定対象者の 生年月日</b>	昭和 年 月 日 平成
個人番号			
<b>認定対象者の住所</b>	北区 丁目 番 号		
<b>疾病名</b>	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		

### 2. 医師の意見欄

上記のとおり治療を受けていることに相違ありません。

平成 年 月 日

医療機関名称

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 丁目 番 号

氏名 印

連絡先 ( )

北区長殿