

国民健康保険特定疾病療養受療証申請書

被保険者記号・番号		対馬			
対象者氏名		性別	男・女	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（いわゆる血友病） 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 （H I V感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る）				

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
	保健医療機関
	所在地
	名称
	医師名

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

世帯主 住所

氏名

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

連絡先

—

—

対馬市長 様

上記申請のとおり、受領証を交付してよろしいか伺います。						受 付 印
起案日	令和 年 月 日		決裁日	令和 年 月 日		
決 裁	課 長	課長補佐	係 長	課 員	係	