課　長	係　長	係	合　議

国民健康保険
特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者記入欄	被保険者証 記号番号	留萌			
	世　帯　主 氏　　名		生年月日	昭 平 令　　年　月　日	男･女
	認定対象者 氏　　名		生年月日	昭 平 令　　年　月　日	男･女
	世帯主との続柄	本人・夫・妻・子・父・母・その他（　　）			
	疾病の名称	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Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固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感染を含み、厚生労働省大臣の定める者に係るもの）			
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。 年　　月　　日 所在地 医療機関 名　称 医　　師　氏　名				

上記のとおり申請します。

年　　月　　日

住　　所 ……

世帯主　氏　　名 ……

電話番号　　－　　－ ……

記入者の氏名と関係（世帯主の場合は不要）：

留　萌　市　長　様