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

<table>
<tr><td rowspan="6">被保険者記入欄</td><td>被保険者
記号・番号</td><td colspan="4">留萌</td></tr>
<tr><td>世　帯　主
氏　　名</td><td></td><td>生年月日</td><td>昭
平
令　　年　月　日</td><td>男･女</td></tr>
<tr><td>認定対象者
氏　　名</td><td></td><td>生年月日</td><td>昭
平
令　　年　月　日</td><td>男･女</td></tr>
<tr><td>世帯主との続柄</td><td colspan="4">本人・夫・妻・子・父・母・その他（　　）</td></tr>
<tr><td>疾病の名称</td><td colspan="4">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）</td></tr>
<tr><td colspan="2">医師の意見欄</td><td colspan="4">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
医療機関　所在地
名　称
医　　師　氏　名</td></tr>
</table>

上記のとおり申請します。

年　　月　　日

住　　所　留萌市

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