

国民健康保険
 特定疾病療養受療証
 交付申請書

世帯主氏名 生年月日	年 月 日	被保険者証 記号番号	
認定対象者 氏名	認定対象者 生年月日	年 月 日	世帯主との 続柄
認定対象者 住所			
認定対象者個人番号			
疾病の名称	1. 人工腎臓（人工透析）を実施している慢性腎不全 2. 血しょう分画製剤を投与している先天性血液凝固第8因子障害または、 先天性血液凝固第9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（HIV感染を含み、 厚生労働大臣の定めるものに係るものに限る）		
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。 年 月 日 医療機関 名称 所在地 医師名 印		
上記のとおり申請します。 年 月 日 世帯主 住所 東吾妻町大字 氏名 印 東吾妻町長 様 個人番号			