

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者が記入する欄	被保険者証 記号・番号	認定対象者の氏名					世帯主 との続柄
	12・	認定対象者の個人番号					
	住 所	筑後市大字	男・女	認定対象者 生年月日	年 月 日		
	疾 病 名	<input type="checkbox"/> 人工腎臓を実施している慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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。	
	年 月 日	
	医療機関名	_____
	所在地	_____
	医師名	_____ 印

筑 後 市 長 様

年 月 日

住 所 筑後市大字

個 人 番 号 _____

世帯主氏名 _____ 印

電 話 番 号 _____

受付	備考	本人確認
	届出者: 委任状等(有・無)	個人番号カード 運転免許証 パスポート 住基カード(写真) その他()