

国民健康保険特定疾病療養費受療証交付申請書

被保険者証	記号	横国	番号		適用	一般・退職
個人番号						
認定対象者				生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日生	年齢 歳
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Ⅶ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 （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 書 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。 <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> 年 月 日 所在地 医療機関 名称 医師名 </div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> </div>
---------------------------------	---

横浜町長 殿 上記のとおり特定疾病療養費受療証の交付を申請します。 <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> 年 月 日 所在地 世帯主 名称 医師名 </div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> </div>

※注意 細枠の「医師の意見書欄」は、医療機関から発行（記入・押印）してもらって下さい。