

国民健康保険特定疾病療養受領証交付申請書

認定対象者の方の記入欄	被保険者証番号		個人番号	
	氏名		生年月日	年 月 日
	住所			
	疾病名	1. 血友病 2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 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者に係るものに限る。)		

医師の意見書	上記の疾病で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		
		医師名 (※)		

(※) 本人 (医師) が署名しない場合は、記名押印してください。

上記のとおり申請します。

年 月 日

世帯主

住 所

氏 名

個人番号

電 話 ()