**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

住　　所

　　　　　　　　　世帯主　　　　　　氏　　名

個人番号

　　　　 電　　話　　 ( )