

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者 記号・番号	
認定対象者	氏名 生年月日 個人番号
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. 血液凝固因子製剤の投与に起因するH I V感染症

医師の 意見書	上記疾病による診療を受けていることに相違ありません。 令和 年 月 日 (療養取扱機関) 住所 名称 医師名 印
------------	--

上記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日
葦崎市長 殿

申請者 千
(世帯主) 住所
氏名 (※)

(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

個人番号