

国民健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

世帯主が記入する欄	被保険者証の記号番号	奈 5											
	世帯主氏名							世帯主 生年月日	年 月 日				
	世帯主個人番号												
	認定対象者氏名						続柄		認定対象者 生年月日	年 月 日			
	認定対象者 個人番号												
	認定対象者住所	檀原市 町											
	疾 病 名	1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全（人工透析） 2. 血 友 病 3. 抗ウィルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（H I V）											
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 称 所在地 医師名												

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 (マイナンバー)																	
------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

電話番号

(あて先) 檀 原 市 長