

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	世帯主の氏名及び生年月日	年 月 日	被保険者記号・番号	
	認定対象者の氏名及び生年月日	年 月 日	世帯主との続柄	
	世帯主個人番号		認定対象者個人番号	
	認定対象者の住所	鹿沼市		
	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第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群		

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			
	医療機関の 名称			
	所在地			
	医師名			
印				

上記のとおり申請します。

年 月 日

住 所 鹿沼市

世帯主

氏 名

鹿沼市長

宛