

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 き 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