

様式第40号(第61条関係)

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