

国民健康保険特定疾病
療養受療証交付申請書

記号・番号	大国	—	認定を受ける 人の氏名					
生年月日	昭・平・令	年	月	日	世帯主 との続柄		年齢	歳
資格取得日	昭・平・令	年	月	日				

医 療 機 関 記 入 欄	意見書							
	上記の者は、 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因子障害及び 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 (HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係る者に限る。)							
	で現在加療中であり、今後も長期の加療を要すると認めます。							
	令和 年 月 日							
	医療機関		所在地				印	
		名称						
		医師名						

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

(あて先) 大東市長

受付印

世帯主 住所 _____
氏名 _____
個人番号 _____
電話番号 _____

課長	課長補佐	上席主査	主査	受付

上記のとおり特定疾病療養受療証を交付してよろしいか。