

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	記号	番号	連絡先 — —
	認定対象者 氏名		一般 退本 退扶	生年月日 (昭・平・令) 年 月 日
	疾病の名称	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因子障害また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（H I V感染を含み、厚生大臣の定める者に係るものに限る。		
医師が記入する欄	上記のとおり診療を受けていることに相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 保険医療機関 名称 所在地 医師名			

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

(世帯主)

住 所	鹿児島市			
氏 名				
個人番号	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33.33%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 33.33%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 33.33%; border: 1px solid black;"> </td> </tr> </table>			

鹿児島市長 殿

資格取得日	昭・平・令 年 月 日	受 付	作 成	照 合
資格届出日	昭・平・令 年 月 日			
効力発生年月日	令和 年 月 日			