

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	大・昭・平 年 月 日		被保険者証の記号・番号	—	
	認定対象者の氏名		認定対象者の生年月日	昭・平・令 年 月 日	世帯主の続柄	
	認定対象者の住所	真岡市				
	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 (但し、血液凝固因子製剤に起因するものに限る)				

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。					
	令和 年 月 日					
	所在地					
	療養取扱機関 名称					
医師名						
印						

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住所 真岡市

世帯主 氏名

電話 —

真岡市長 様