

# 国民健康保険特定疾病療養費受療証交付申請書

被保険者証	記号	四 国	番 号		適用	一般
認定対象氏名				生年月日	昭・平・令	年 月 日
個人番号						
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（いわゆる血友病） 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ものに限る）					

医 師 の 意 見 書 欄	<p style="text-align: center;">上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">医療機関 名 称</p> <p style="text-align: center;">医師名 <span style="float: right;">㊞</span></p>
---------------------------------	---

上記のとおり特定疾病療養費受療証の交付を申請します。

令和 年 月 日

住 所 四條畷市  
世 帯 主  
氏 名  
個人番号 ( )  
電話番号 — —

四 條 畷 市 長 あて

処 理 欄	認 定	交付・却下（理由）	発 行 期 日	令和 年 月 日
	交付年月日	令和 年 月 日	決裁年月日	令和 年 月 日
	標記申請について上記のとおり決定してよろしいか伺います。			決 裁