

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	世帯主氏名		保険者番号			
	世帯主 生年月日	大・昭・平 年 月 日	被保険者証 記号番号	つるた ・ - -		
	認定対象者 氏 名		認定対象者 生年月日	昭・平・令 年 月 日	世帯主 との続柄	
	住 所	青森県北津軽郡鶴田町大字				
	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因子障害等 3. 抗ウィル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				
	名 称				
	医療機関				
	所在地				
医 師 名					
(印)					

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住 所 青森県北津軽郡鶴田町大字

世帯主

氏 名

(印)

(電話番号 0173 - -)

鶴 田 町 長 殿