

国民健康保険 特定疾病療養受領証 交付申請書

世帯主の個人番号	世帯主の氏名	生年月日	保険証の記号及び番号	保険種別
		年 月 日	奈2・	一般退職
認定対象者の個人番号	認定対象者の氏名	生年月日	対象認定者の住所	
		年 月 日		
医師記載欄	<input type="checkbox"/> ・人工腎臓を実施している慢性腎不全 <input type="checkbox"/> ・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Ⅳ因子障害（血友病） <input type="checkbox"/> ・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限る。）			
	上の特定疾病の治療を受けていることを証明します。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> 医療機関 名 称 _____ 住 所 _____ 医 師 _____ 印			
上記のとおり国民健康保険特定疾病療養受領証の交付を申請します。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> 世帯主 住 所 _____ 個人番号 _____ 氏 名 _____ 印				
大和高田市長 殿				