様式第１４号（第１５条関係）

国民健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

世帯主の個人番号	世帯主の氏名	生年月日	被保険者記号及び番号	保険種別
1234 5678 9123	国保　太郎	昭和30年 1月1日	奈２・123456	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
9876 5432 1098	国保　次郎	平成3年 1月1日	大和高田市大字大中98番地4

医師記載欄	☑・人工腎臓を実施している慢性腎不全 ☐・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Ⅸ因子障害（血友病） ☐・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。 令和 ５年 ４月 １日 医療機関　名　　称　ＡＢＣ医院 住　　所　○○市○○町○○ 医　　師　○○　○○　　印

上記のとおり国民健康保険特定疾病療養受療証の交付を申請します。

令和 ５年 ４月 １日

世帯主　住　　所　大和高田市大字大中98番地4

個人番号　1234 5678 9123

氏　　名　国保　太郎

大和高田市長　　殿