

国民健康保険
 特定疾病療養
 受療証交付申請書

受付者	担 当	係長/主幹	課 長	受付	・	・
				決裁	・	・
				施行	・	・

年 月 日

神奈川県大和市長あて

申請者 (世帯主) 住所 _____

氏名 _____

電話 _____

次のとおり申請します。

記 号 番 号	1 4	
受療被保険者	氏名	
	個人番号	
	生年月日	年 月 日
疾 病 名 (該当に○)	1. 人工腎臓(人工透析)を実施している慢性腎不全 2. 血友病 (血しょう分画製剤を投与している先天性血液凝固第8因子障がい又は先天性血液凝固第9因子障がい) 3. 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、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る)	
医師の意見欄	1. 上記疾病に該当することを証明します。 年 月 日 保険医療機関等 所在地 名称 医師名 印 2. 別紙のとおり	
交 付 年 月 日	年 月 日	
発 効 期 日	年 月 日 から有効	

太枠の中のみ記入してください。