

決 裁		課長	係長	係	受付	年	月	日
					伺	年	月	日
					決定	年	月	日
					発行	年	月	日
国 民 健 康 保 険 特 定 疾 病 療 養 受 療 証 交 付 申 請 書								
世 帯 主 記 入 欄	被保険者の 記号番号		認定対象者 氏名				世帯主との	
	個人番号		生年月日		年	月	日	続柄
	住所							
医 師 の 意 見 欄	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因子障害または 先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 3. (血液凝固因子製剤の投与に起因する)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)						
		上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 年 月 日 医療機関の名称 及び所在地 医師氏名 ㊟						
上記のとおり申請します。 年 月 日 <div style="text-align: right;"> 申請人 住所 氏名 ㊟ 個人番号 電話 小山市長 様 </div>								