

決 表		課長	係長	係	受付	年	月	日		
	分かる場合のみ ご記入ください。				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	0 1 2 - 3 4 5	認定対象者 氏名	小山 太郎			世帯主との 続柄	本人		
	個人番号	●●●●●●●●●●	生年月日	●年	●月	●日				
	住所	小山市中央町○-○-○								
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 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)							病院に医師の意見欄の 記載をお願いしてください。	
		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 申請人 住所 小山市中央町○-○-○ 氏名 小山 太郎 ㊟ 個人番号 分かる場合のみご記入ください。 電 話 ○○○-○○○○-○○○○ 小 山 市 長 様										