

課長	係長	係

国 民 健 康 保 険
特 定 疾 病 療 養 受 療 証
交 付 申 請 書

世帯主	氏名		証記号番号	行 -
	個人番号			
認定対象者	氏名		生年月日	S・H 年 月 日
	個人番号		世帯主との続柄	
	住所	行橋市		
疾病名	1、人工腎臓(人工透析)を実施している慢性腎不全 2、血しょう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、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ものに係るものに限る)			

医師の意見欄	上記のとおり	年	月	日から診療を受けていることに相違ありません。
	平成	年	月	日
	療養取扱期間の	所在地		
		名称		
		医師名		印

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

世帯主 住 所 _____

氏 名 _____ 印

☎ _____

行 橋 市 長 殿