

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者証の 記号及び番号		浦国一	
個人番号			
認定 対象 者	氏名		
	生年月日	年	月 日
疾病の名称		<input type="checkbox"/> 人工腎臓を実施している慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (HIVを含み、血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症に関する治療を受けている人に限る)	
医師の意見書		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  所在地  医療機関 名称  医師名	

浦添市長 殿

年 月 日

上記のとおり特定疾病療養受療証の交付を申請します。

申請者(世帯主)

住所

氏名

個人番号

電話番号

届出人

住所

氏名

電話番号

続柄

上記のことについて特定疾病療養受療証を交付してよいでしょうか。

決裁年月日

課長

係長

担当

備考

申請者の身分確認 運転免許証・マイナンバーカード・その他 (