

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

① 被保険者 記号・番号	帯広	② 認定対象 被保険者氏名	世帯主との続柄（ ）
		生年月日	年 月 日
		個人番号	

③ 疾 病 名	<input type="checkbox"/> 人工透析治療（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因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害（いわゆる血友病） <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（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。）
------------	---

④ 医 師 の 意 見	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 <div style="text-align: center;">年 月 日</div> 医療機関の名称 所在地 医師名 印
----------------------------	--

⑤ 備 考	
-------------	--

帯広市長 上野 庸介 様

上記のとおり、国民健康保険特定疾病療養受療証の交付を申請します。

年 月 日

世帯主 住 所 帯広市

氏 名

電 話 — —

個人番号	
------	--