# 国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

年　　月　　日

北広島市長　様

世帯主　住　　所

氏　　名

個人番号

電話番号　（　　）　　－

下記のとおり申請します。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 被保険者記号番号 | | 北広島 | | |
| 認定申請対象者 | 氏　　名 | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| | 個人番号 | | | |
| | 疾病名 | 1　人工透析を行う必要のある慢性腎不全<br>2　血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害（いわゆる血友病）<br>3　抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群<br>4　その他（　　） | | |

| | |
|---|---|
| 医師の意見欄 | 上記の通り診療を受けていることに相違ありません。<br>年　　月　　日<br>医療機関の　名　称<br>所在地<br>医師名 |