

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		認定対象者 記号番号	—
認定対象者 氏 名		認定対象者 生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
認定対象者 個 人 番 号		世帯主との 続柄	
認定対象者 住 所			
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因子障害 又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害等		

医師の意見欄

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

住所

療養取扱機関の

名称

医師名

印

上記のとおり申請します。

年 月 日

住所

世帯主

氏名

個人番号

直方市長 殿