

# 国民健康保険特定疾病受療証交付申請書

◎被保険者（認定対象者）記入欄		個人番号								
保 険 者 番 号		1	4	0	5	4	1	一般	退職本人	退職家族
被 保 険 者 の 記 号 番 号		5 4 -								
認 定 対 象 者	住 所									
	氏 名							性別	男・女	
	生年月日	昭和・平成・令和			年		月		日	
疾 病 名		1. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 2. 血 友 病 3. 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）								

## ◎医師の証明欄

上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。

令和      年      月      日

医療機関の所在地： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

名 称： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

医師の氏名： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

上記のとおり申請します。

令和      年      月      日

被保険者（世帯主） 住所： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

大 磯 町 長 殿

交付年月日	令和   年   月   日
発効期日	令和   年   月   日
上位所得	該当   ・   非該当

課 長	副課長	主 幹	係 長	所属職員	担 当