

決 裁	課 長	課長補佐	係 長	係

国 民 健 康 保 険  
特 定 疾 病 療 養 受 療 証  
交 付 申 請 書

世帯主が記入する欄	世帯主氏名 及び生年月日	年 月 日	被保険者証の記号 及び番号	奈33	
	世帯主の個人番号				
	認定対象者の氏名	認定対象者の生年月日	年 月 日	世帯主との続柄	
	認定対象者の個人番号				
	認定対象者の住所	奈良県北葛城郡広陵町			
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(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(HIV感染症)				

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。				
	令和 年 月 日				
	医療機関の 名 称 所在地				
	医師名 <span style="float: right;">印</span>				

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住所

世帯主

氏名

広陵町長殿