

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		被保険者 記号番号	黒石
個人番号			
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
認定対象者の 氏名		世帯主と の続柄	
個人番号			
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
認定対象者の 住所	黒石市		

医 師 の 意 見 欄	傷病名	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(いわゆる血友病) 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感染を 含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。)
	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 名 称 医 療 所 在 地 医 師 名	

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住 所 黒石市

世帯主

氏 名

個人番号

黒 石 市 長 様