

課長	係長	係	支所受付・確認

国民健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	世帯主氏名 及び生年月日		記号・番号	南九州市	
	認定対象者 氏名、生年月日及 び個人番号	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(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。)			

医 師 の 意 見 書	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				
	名 称				
	医療機関の				
	所在地				
医師名				印	

上記のとおり申請します。

年 月 日

世帯主 住 所

氏 名

個人番号

電話番号

南九州市長 様