国民健康保険

# 特定疾病療養受療証交付申請書

<table>
<tr><td rowspan="5">世帯主が記入する欄</td><td colspan="2">世帯主氏名</td><td></td><td>男・女</td><td>生年月日</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td rowspan="4">認定対象者</td><td>氏　名</td><td></td><td>男・女</td><td>生年月日</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td>被保険者番号</td><td colspan="2"></td><td>個人番号</td><td></td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="2"></td><td>世帯主との続柄</td><td></td></tr>
<tr><td>疾病名</td><td colspan="4">1. 人口腎臓を実施している慢性腎不全<br>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）<br>3. 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</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>医師の意見欄</td><td>うえのとおり診療を受けていることに相違ありません。<br><br>年　月　日<br>医療機関の名称<br>医療機関の所在地<br>医師名　㊞</td></tr>
</table>

室戸市長　様

年　月　日

上記のとおり申請します。

住　所

世帯主氏名

個人番号