

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	年 月 日	被保険者証 番 号	
			個 人 番 号	
	認 定 対 象 者 の 氏 名 及 び 生 年 月 日	年 月 日	世 帯 主 と の 続 柄	
			個 人 番 号	
	認 定 対 象 者 の 住 所	羽曳野市		
	疾 病 名	1. 血友病 2. 後天性免疫不全症候群（H I V感染） 3. 人工腎臓を実施している慢性腎不全		

医 師 の 意 見 欄	上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

上記のとおり申請します。

年 月 日

住 所

世帯主

氏 名

電話番号

羽曳野市長 様

受付者	担当者