

**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	<p>上のおり診療を受けていることに相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">名 称</p> <p style="text-align: center;">医療機関の</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">医 師 名</p>
----------------------------	---

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