

(記入例)

第 8 号様式 (第 19 条関係)

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	白鳥 太郎 昭和 40 年 1 月 1 日	被保険者証 番 号	777777
	認定対象者の氏名 及 び 生 年 月 日	白鳥 花子 昭和 40 年 12 月 1 日	個人番号	12345678900
			世帯主と の 続 柄	妻
	個人番号	12345678901		
認 定 対 象 者 の 住 所	羽曳野市 菅田4丁目1番1号			
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	上のおり診療を受けていることに相違ありません。	
	令和 〇 年 〇 月 △△ 日	※主治医等に記入を依頼してください
	医療機関の 名 称	はびきの病院
	所在地	羽曳野市〇〇1 丁目 1 番 1 号
医 師 名	はびきの 健治	

上記のとおり申請します。

令和 〇 年 〇 月 〇〇 日

住 所 羽曳野市菅田4丁目1番1号
世帯主

氏 名 白鳥 太郎

電話番号 072-958-xxxx

羽曳野市長 殿

受付者	担当者