

国民健康保険
特定疾病療養受療証
交付申請書

世帯主氏名 (又は組合員) 及び生年月日	伊勢崎 太郎 平成2年2月2日	被保険者証 の記号及び番号	9999 - 9999		
認定対象者 の氏名	伊勢崎 花子	認定対象者 の生年月日	平成3年3月3日	世帯主 (組合員) との続柄	妻
認定対象者 の住所	伊勢崎市今泉町二丁目410番		認定対象者 の個人番号	987654321234	
疾病の名称	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 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (H I V感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。)				
医師の意見欄	上記のと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 〇日 所在地 〇〇病院 医療機関名 〇〇 〇〇 医師名 〇〇 〇〇 (印)				
上記のとおり申請します。 令和〇年 〇月 〇日 (宛先) 伊勢崎市長	市役所へ提出時に 本人が記入				
市役所への 申請日を記入	世帯主の	住所	伊勢崎市今泉町二丁目410番地		
	氏名	伊勢崎 太郎			
	個人番号	123456789876			

医療機関による記入箇所

本人による記入箇所