

**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		被保険者証 の記号及び番号	
認定対象者 の氏名	認定対象者 の生年月日	世帯主 (組合員) との続柄	
認定対象者 の住所	認定対象者 の個人番号		
疾病の名称	<ol style="list-style-type: none"><li>1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全</li><li>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</li><li>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。）</li></ol>		
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。  年 月 日  所在地 医療機関名 医師名  印		
上記のとおり申請します。 年 月 日 (宛先) 伊勢崎市長  住所 世帯主の 氏名 個人番号			