

国民健康保険特定疾病療養費受療証交付申請書

被保険者証 記号・番号	403ー												適用	一般			
認定対象者 個人番号													生年 月日	年	月	日生	
認定対象者 氏名																	
疾病名	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(いわゆる血友病) 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (HIV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 意見書欄	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 年 月 日 所在地 医療機関名称 医師名 印																
-------------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

上記のとおり特定疾病療養費受療証の交付を申請します。 令和 年 月 日 （住所 世帯主 個人番号 氏名 富士吉田市長殿																	
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

処理欄	認定	交付・却下(理由)	発行期日	令和 年 月 日
	交付年月日	令和 年 月 日	決裁年月日	令和 年 月 日