

国民健康保険  
特定疾病療養受療証交付申請書

受付印

資格関係	被保険者証	記号 石 国	世帯主	住所	高石市	丁目	番	号
	番号			氏名				
	加入区分	1. 一般 2. 退職 (本人・扶養)		個人番号				

申請関係	認定対象者	氏名					世帯主との続柄
		生年月日	大・昭・平・令	年	月	日	
		個人番号					
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Ⅶ因子障害 又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 (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 (H I V感染を含み、厚生労働省の定めるものに係るものに限る)						
上記のとおり申請します。							
高石市長様							
申請者 住所: _____							
氏名: _____							
電話: _____ ( ) _____							

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。					
	高石市長様					
	令和 年 月 日					
医療機関 名称: _____						
所在地: _____						
医師名: _____ 印						

## 市記入欄

証交付日	備考	課長	課長代理	係長	担当	受付
年 月 日						
発行期日						
年 月 日						