国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者番号		認定対象者 氏　　名 生年月日	 年　　月　　日
個人番号			
届出に 来られた方	□世帯主と同じ □対象者と同じ		
疾病名	１．人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 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（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。）		

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

医療機関名　　名　称
所在地

医師　　氏　名

上記のとおり申請します。

年　　月　　日

世帯主　　住　所　　尾道市　　町　　番地
丁目　　番　　号

氏　名
個人番号　　電話番号

尾道市長　様

備　考	受付印

番　　号	有　無	受付者	確認者	
身元確認	済　未			
個カ・免・パ・障・保・年・介・（　　）				
代理権	有　無			