

課長	係長	係員

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			被保険者 記号・番号	.	
認定対象者の 氏名		認定対象者 の生年月日	S H R	年月日	世帯主と の続柄
認定対象者の 住所	福岡県鞍手郡鞍手町				
疾 病 名	1. 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因子障害等 2. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 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限る)				

医師 の 意 見 欄	うえ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 療養取扱機関の 名称 所在地 医 師 名				
	㊞				

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日
世帯主 住所 鞍手町大字
氏名
鞍手町長 殿