

国民健康保険特定疾病療養受療証 交付申請書		受付	確認
被保険者証 記号・番号	奈3		
認定対象者	氏名		
	生年月日	年	月 日
	住所		
	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Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 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。)		
上記のとおり申請します。 なお、この申請に関して課税台帳及びその他課税資料を確認することに同意します。 年 月 日 大和郡山市長 様			
		世帯主	住所 大和郡山市
			氏名
			個人番号
		届出人	氏名
			電話
医 師 の 意 見 欄	上記のとおり治療を受けていることに相違ありません。		
	年 月 日		
	医療機関の所在地		
	名 称		
	医師名	印	
備考			
			