

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

(あて先) 八尾市長

世帯主記入欄	被保険者 記号・番号	記号	八国	番号	世帯主との続柄	
	認定被保険者	氏名				
		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日生
		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限る。)					

医師の意見欄	上記疾病の 診療開始年月日	令和 年 月 日	
	上記の通り診療を受けていることに相違ありません。		
	医療機関所在地		令和 年 月 日
	医療機関名称		
	医師名		Ⓜ

上記の通り申請します。	受付者
令和 年 月 日	
世帯主住所 八尾市	
世帯主氏名	受付印
個人番号	
電話番号 (— —)	