

課長	GL	課員

国 民 健 康 保 険  
特 定 疾 病 療 養 受 療 証 交 付 申 請 書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	世帯主氏名 及び生年月日	大・昭・平 年 月 日生	記号・番号	11・
	療養対象者 の氏名及び 生年月日	昭・平・令 年 月 日生	世帯主との 続 柄	
	療養対象者の 個人番号 (マイナンバー)			
	療養対象者 の 住 所	三浦市		
	疾 病 名	1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全(人工透析) 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Ⅸ因子障害(いわゆる血友病) 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。)		
医 師 の 意 見 欄	上記疾病の診療を受けていることに相違ありません。 年 月 日 名 称 医療機関の 所在地 電 話 ( ) 医 師 名 ㊞			

上記のとおり申請します。

年 月 日 住所  
世帯主  
氏名  
個人番号  
(マイナンバー)  
電話 ( )  
三 浦 市 長

受付印