

課長	GL	課員

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

被 保 險 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 印			

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